# DVT (Digitale Volumentomographie) Erklärung über frühere Untersuchungen

Name, Vorname: _____ Gewicht: _____ kg

Besteht eine **Schwangerschaft**? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Mit der Röntgen-Untersuchung bin ich einverstanden ☐ Ja ☐ Nein

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Befunde von mir bei meinen Ärzten einholen kann und das Untersuchungsergebnis für Konsultationen bei meinen behandelnden Ärzten vorlegen darf. ☐ Ja ☐ Nein

**Hinweis**

Bitte legen Sie vor der Untersuchung alle Metallgegenstände von Kopf- und Halsbereich ab. Desweiteren bitten wir Sie, ihr Mobiltelefon auszustellen, da die elektromagnetischen Wellen unser Gerät stören können.

| Ort, Datum | Unterschrift des Patienten | Unterschrift des Erziehungsberechtigten |
|---|---|---|