

RÖNTGENVERORDNUNG (muss jeder Patient vor der Untersuchung folgende Angaben machen):

Name/Vorname: _____ geb.: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

1. Frühere Röntgen- u. Nuclearmedizinische Untersuchungen (z. B. Schilddrüsen Radio-Jod-Test)
wann: _____ was: _____
2. Alte Aufnahmen:
vorhanden: _____ nicht vorhanden: _____
3. Röntgenbestrahlung:
Wann: _____ was: _____
Röntgenpass vorhanden: JA _____ NEIN _____
4. Schwangerschaft: JA _____ NEIN _____ UNBESTIMMT _____

_____, den _____
(Unterschrift, Vor- und Zuname)

Schweigepflicht- Entbindungserklärung



Hiermit entbinde ich

Frau Dr. Katrin Nauert mit der Praxis in Sulzbach hinsichtlich der bei mir/meinem Kind -
_____ durchgeführten

(Name des Patienten/Name des Kindes)

zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlung/en gegenüber meiner Zahnärztlichen Praxis
von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Weitergabe von Behandlungsunterlagen einverstanden.

_____, den _____
(Unterschrift, Vor- und Zuname)