

Régulation des rayons (chaque patient doit fournir les informations suivantes avant l'examen):

Nom/Prénom: _____ Date de naissance: _____

Lieu: _____ Rue: _____

1. Examens médicaux radiographiques et nucléaires antérieurs (p.e. Test d'Iode thyroïdienne)
quand: _____ quel: _____
2. Anciens radiographies:
disponible: _____ pas disponible: _____
3. Irradiation de rayonsx:
quand: _____ quel: _____
Passe X présent: Oui _____ Non _____
4. Gravidité: Oui _____ Non _____ Indéterminé _____

_____, le _____
(Signature Nom et Prénom)

Déliement du secret médical



Par la présente je libère

Mme Dr. Katrin Nauert avec le cabinet à Sulzbach à propos des traitements
dentaires/orthodontiques accomplis en faveur de moi/ mon enfant

_____ de la loi du secret médical envers mon cabinet
(Nom du Patient/Nom de l'enfant)

dentaire.

J'accepte le transfert de documents de traitements.

_____, le _____
(Signature (Nom et Prénom))