



Röntgenanamnese

Patient:

Geburtsdatum:.....

- | | ja | nein |
|--|-----|------|
| 1. Sind Sie/ ist Ihr Kind überhaupt schon einmal geröntgt worden? | () | () |
| 2. Wenn ja, war es innerhalb der letzten 12 Monate? | () | () |
| 3. Wenn ja, bei welchem Arzt / Zahnarzt und wo? | () | () |
| | | |
| | | |
| | | |
| 4. Was wurde geröntgt? | | |
| | | |
| 5. Mit den während der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenkontrollen (Zwischendiagnostik) bin ich einverstanden. | () | () |
| 6. Zusatzfrage für weibliche Patienten:
Besteht bei Ihnen/ Ihrer Tochter zur Zeit eine Schwangerschaft? | () | () |
| 7. Besitzen Sie / Ihr Kind einen Röntgenpass? | () | () |

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift Patient bzw .
Erziehungsberechtigter