Patientenversorgung: Röntgen - Aufklärung und Einverständnis

fo röntgen - einverständnis

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Patienteneltern,

sowohl für die kieferorthopädische Diagnostik als auch zur Kontrolle des Therapieverlaufs müssen verschiedene Röntgenaufnahmen angefertigt werden. Dabei verpflichten uns schon das Strahlenschutzgesetz und die Strahlenschutzverordnung, Röntgenaufnahmen nur durchzuführen, wenn der diagnostische oder therapeutische Nutzen die mit jeder Röntgenuntersuchung verbundene Strahlenbelastung rechtfertigt.

Für eine kieferorthopädische Behandlung werden in der Regel verschiedene Röntgenbilder am Anfang der Behandlung zur Stellung einer Diagnose und zur Planung der Behandlung benötigt, weitere Röntgenaufnahmen sind im Rahmen einer Zwischendiagnostik im Verlauf der aktiven Behandlungsphase in Abständen von etwa 1-1½ Jahren erforderlich. Bei Abschluss der aktiven Behandlung ist eine weitere Röntgenkontrolle zur Überprüfung der parodontalen Situation und der Wurzelmorphologie notwendig.

Dabei werden in der Regel sogenannte Orthopantomogramme (OPG) angefertigt, die als „Rundumaufnahme" beide Kiefer vollständig abbilden. Daneben werden Fernröntgenseitenbilder (FRS) angefertigt, die den Schädel im Profil zeigen.

Ohne diese Röntgenbilder kann eine kieferorthopädische Behandlung nicht ordnungsgemäß geplant, durchgeführt und überwacht werden. Damit diese notwendigen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden können, bitten wir Sie, in die Erstellung dieser Röntgenaufnahmen einzuwilligen.

Im Einzelfall können je nach dem Behandlungsverlauf auch weitere oder andere Röntgenaufnahmen (z. B. Handwurzelaufnahmen oder Einzelzahnaufnahmen) erforderlich werden, z. B. wenn die Behandlung nicht so verläuft, wie geplant oder äußere Einflüsse (z. B. Traumata) auf die Zähne wirken. In diesem Fall werden wir jedoch gesondert über die notwendige Röntgendiagnostik sprechen und um Ihre Einwilligung bitten.

Erziehungsberechtigte(r) – nur bei Patienten unter 18 auszufüllen

Vorname		Nachname	
Vorname		Nachname	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort	

Einverständniserklärung

❑ Ich erkläre mich… ❑ Wir erklären uns…

… damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung von …

Vorname		Nachname	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort	
geboren am		in	

die notwendigen Röntgenaufnahmen (insbesondere OPG und FRS) im Rahmen der Anfangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik angefertigt werden.

Ebenfalls erklären wir uns damit einverstanden, dass die Röntgenaufnahmen, Berichte und erstellten Unterlagen wie z. B. Modelle bei/zu folgendem Zahnarzt

Name des Zahnarztes	

angefordert und versendet werden dürfen.

Mitteilung Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft ist uns im Hinblick auf die Risiken einer Strahlenexposition für das ungeborene Kind so früh wie möglich mitzuteilen. (§ 63 Abs. 5 StrlSchV).

Ort, Datum		**Unterschrift**	