

Erklärung zum Schwangerschaftsausschluss

vor einer radiologischen Untersuchung

1 Persönliche Erklärung der Patientin

Hiermit bestätige ich, dass aktuell keine Schwangerschaft bei mir vorliegt.

Name, Vorname

Geburtsdatum

2 Angaben zum Menstruationszyklus

Letzte Menstruation

von

bis

3 Grund für das Ausbleiben der Menstruation

Falls zutreffend, bitte ankreuzen:

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Totaloperation (Gebärmutter entfernt) | ☐ Menopause |
| ☐ Spirale / Intrauterinpeppar | ☐ Sonstiges |

4 Bestätigung in eigenen Worten

Bitte formulieren Sie kurz, dass Sie am heutigen Untersuchungstag sicher nicht schwanger sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin