



Einverständniserklärung

Röntgenuntersuchung

Wir erklären uns damit einverstanden, dass bei unserem Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

eine Röntgen-Untersuchung durchgeführt wird.

Es handelt sich dabei um eine Untersuchung mit geringer Strahlenbelastung.

Einwilligungserklärung:

Über die Untersuchung und mögliche Risiken fühle ich mich ausreichend aufgeklärt.

Ich willige in die Untersuchung ein.

Bei weiblicher Patientin im gebärfähigen Alter: Ich bestätige, dass bei meiner Tochter keine Schwangerschaft vorliegt.

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

.....

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(ggf. Betreuer)