

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Erziehungsberechtigte



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

Einverständniserklärung von Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertretern

Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in:

Familienname	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
Ggf. Behörde	_____
Geburtsdatum	_____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei

Familienname	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____

- eine Untersuchung mit möglicher Kontrastmittelgabe durchgeführt wird
- eine Untersuchung unter Verwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt wird

Diese Einwilligung ersetzt nicht die Aufklärung im Vorfeld der Untersuchung, welche zusätzlich zwingend erforderlich ist.

WICHTIG: Die Einverständniserklärung für **Befund, Bildversand** und **Rechnung** bitte zusätzlich ausfüllen und unterschreiben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name
in Blockschrift: _____