

Untersuchung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Einverständniserklärung

Als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r willige ich mit meiner Unterschrift in die Röntgenuntersuchung / MRT-Untersuchung (einschließlich erforderlicher Kontrastmittelgaben) meines Kindes ein.

Kind

Vorname Name Geburtsdatum

Erziehungsberechtigte/r

Vorname Name Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Untersuchung Kinder und Jugendliche

In Bezug auf den Datenschutz und die Verarbeitung von gesundheits- und anderen personenbezogenen Daten wird auf unsere Datenschutzerklärung für Patienten/innen verwiesen.