



## **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

Auf unsere Information zum Datenschutz für Patienten wird hingewiesen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r