

Einverständniserklärung Röntgenauftrag Minderjährige

Patientenname: _____

Patientennummer: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass an meinem Kind die ärztlichen Röntgenanforderungen durchgeführt werden dürfen.

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

Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):

ERÖ