



Einverständniserklärung

Ich erkläre mich als Erziehungs-/ Sorgeberechtigte/r mit der Röntgenuntersuchung
meines Kindes, geb. am

in der Überörtlichen Radiologischen Gemeinschaftspraxis am Standort

- Diakonissenkrankenhaus
- Markkleeberg-Center
- Rathaus Schönefeld

einverstanden.

Für kurzfristige Rückfragen bin ich erreichbar unter:

.....

Datum

Unterschrift