

Vorschau für:

Schließen ✕

Einverständnis zur Anfertigung einer Röntgenaufnahme bei meinem Kind

Die Vorschau dient der Orientierung und weicht möglicherweise von der Darstellung des Dokuments ab.

Einverständniserklärung zur Anfertigung einer Röntgenaufnahme bei meinem Kind

{{patient_vorname}} {{patient_nachname}} {{patient_geburtsdatum}}

Ich erkläre hiermit, dass ich als sorgeberechtigte Person des oben genannten Kindes damit einverstanden bin,
dass in der Zahn-Medizin-Erwitte – Praxis Dr. Baez medizinisch notwendige Röntgenaufnahmen angefertigt werden.

Mir wurde verständlich erklärt, dass Röntgenaufnahmen mit einer geringen Strahlenbelastung verbunden sind.
Mir ist bekannt, dass diese Aufnahmen für eine sachgerechte Diagnosestellung erforderlich sind.

Die Anfertigung der Röntgenaufnahmen erfolgt unter strikter Beachtung der geltenden Strahlenschutzvorschriften.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Diese Einwilligung gilt für die aktuelle Behandlungssituation und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wer unterschreibt?

☐

Mutter

Brauchen Sie Hilfe?

☐

Vater

☐

Erziehungsberechtigte Person

Unterschrift

Hier klicken zum Unterschreiben.