

**Praxis für Radiologie und
Nuklearmedizin
Wittenau**



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind in Ihrer Praxis laut Überweisung geröntgt werden darf.

▶ Name des Erziehungsberechtigten: _____

▶ Name des Kindes: _____

▶ Datum: _____

▶ Unterschrift: _____