

Hiermit willige ich

Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Geburtstag: _____

in die Röntgenuntersuchung des Patienten

Name des Patienten: _____

Geburtstag: _____

am _____ um _____ Uhr ein.

Ort, Datum

X _____
Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Zuständigkeit: MB, FM	Ersteller: PF, MF, SC Freigegeben: MB	Gültig ab: 03.06.2013	Seite: 1 von 1 Einwilligung Röntgenuntersuchung
-----------------------	--	-----------------------	--

Hiermit willige ich

Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Geburtstag: _____

in die Röntgenuntersuchung des Patienten

Name des Patienten: _____

Geburtstag: _____

am _____ um _____ Uhr ein.

Ort, Datum

X _____
Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Zuständigkeit: MB, FM	Ersteller: PF, MF, SC Freigegeben: MB	Gültig ab: 03.06.2013	Seite: 1 von 1 Einwilligung Röntgenuntersuchung
-----------------------	--	-----------------------	--