

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG VON ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN BZW. GESETZLICHEN VERTRETEREN

Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in: bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem Kind

Name:

Geburtsdatum:

- eine Untersuchung unter Verwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt wird.
- eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt wird.

Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
oder gesetzliche/r Vertreter/in