

## Einverständniserklärung Röntgendiagnostik

- bei Minderjährigen  
 in der Schwangerschaft

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

bin von der Praxis ELLER & KELLERMANN darauf hingewiesen worden, dass eine Röntgenuntersuchung ärztlicherseits angeraten wurde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Durchführung der Röntgendiagnostik einverstanden bin.

Bei gesetzlichen Vertretern:

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/  
des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

15:00 → 15:30 / 15:00

15:15 → 15:45