Radiologisches Zentrum Burgenlandkreis
Dr. med. W.-P. Ringleben, Dr. med. U. Schaumlöffel-Schulze,
Dr. med. T. Becker, Dr. med. H. Bergert

06618 Naumburg, Kösener Straße 30, Tel. 03445-71490
06712 Zeitz, Am Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

der Eltern über die Ausführung einer Untersuchung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem **minderjährigen Kind** im Rahmen der rechtfertigenden Indikation eine (Röntgen, Computertomografie, MRT oder Sonografie) Untersuchung durchgeführt wird.

Angaben zum minderjährigen Kind:

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……

Adresse: ……

Bei weiblicher Patientin im gebärfähigen Alter:

Liegt bei Ihrer Tochter eine Schwangerschaft vor?

Schwangerschaft: **nein** ☐ **ja** ☐

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……

Kind ist versichert über: ……
(Name, Vorname des Elternteils)

Bei alleiniger Unterschrift versichert das jeweilige Elternteil, dass die Zustimmung auch des anderen Elternteils vorliegt oder nicht erforderlich ist.

……, den ……
(Ort) (Datum)

……..
(Unterschrift eines sorgeberechtigten Elternteils)