



06618 Naumburg, Kössener 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 .....

**(Unterschrift eines sorgeberechtigten Elternteils)**