



**Radiologisches Zentrum Burgenlandkreis**  
Dr. med. U. Schaumlöffel-Schulze, Dr. med. T. Becker,  
Dr. med. H. Bergert, Dr. medic O.-I. Rosoaga

06618 Naumburg, Kösemer Straße 30, Tel. 03445-71490  
06712 Zeitz, Am Hermannschacht 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)**