

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 Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151

Einverständniserklärung

zur Durchführung einer Untersuchung bei Minderjährigen

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.

1 Angaben zum minderjährigen Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

2 Schwangerschaft

Nur bei weiblichen Patientinnen im gebärfähigen Alter:

Liegt bei Ihrer Tochter eine Schwangerschaft vor?

☐ Nein

☐ Ja

03 Angaben zur sorgeberechtigten Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kind ist versichert über

Name, Vorname des Elternteils

HINWEIS ZUR UNTERSCHRIFT

Bei alleiniger Unterschrift bestätigt die unterzeichnende sorgeberechtigte Person, dass die Zustimmung der weiteren sorgeberechtigten Person vorliegt oder nicht erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person