



Einverständniserklärung Röntgen

Einverständniserklärung der Eltern

Hiermit erkläre ich mich

Vorname

Name

Geburtsdatum

damit einverstanden, dass bei **meiner Tochter / meinem Sohn**

Vorname

Name

Geburtsdatum

Versichert über (Name, Vorname und Geburtsdatum)

Rechnungsanschrift bei Privatversicherung

eine **Röntgenuntersuchung** in der Praxis Dr. Knickenberg & Kollegen in der Hauptstr. 39,
79346 Endingen, durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)