

Einverständniserklärung von Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vertretern

Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in:
bitte in Druckbuchstabe ausfüllen

Name:

Adresse:

Ggf. Behörde:

Geburtsdatum:

Die angegebene Anschrift entspricht gleichzeitig der Rechnungsanschrift im Falle der Privatliquidation.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in

bzw. Patientenetikett wird im RZM hinzugefügt

- eine Untersuchung mit eventueller Kontrastmittelgabe durchgeführt wird.
- eine Untersuchung unter Verwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt wird.
- eine nuklearmedizinische Untersuchung mit Verabreichung einer radioaktiven Substanz durchgeführt wird.

Diese Einwilligung ersetzt nicht die Aufklärung im Vorfeld der Untersuchung, welche zusätzlich zwingend erforderlich ist.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in

- Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.