

## Einverständniserklärung des gesetzlichen Vertreters zur radiologischen Untersuchung eines unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings

Der/Die gesetzliche/r Vertreter/in:

bitte in Druckbuchstabe ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ggf. Behörde: \_\_\_\_\_

erklärt sich damit einverstanden, dass bei folgender/m Patientin/en

bitte in Druckbuchstabe ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, -Ort: \_\_\_\_\_

eine Untersuchung gemäß Überweisungsauftrag

Auftrag: \_\_\_\_\_

- mit eventueller Kontrastmittelgabe durchgeführt wird.
- unter Verwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt wird. (CT, Röntgen)
- mit Verabreichung einer radioaktiven Substanz durchgeführt wird (nuklearmedizinische Untersuchung).

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Bitte zur Untersuchung mitbringen:

- diese Einverständniserklärung
- Überweisungsschein
- Versichertenkarte, wenn vorhanden