

Einverständniserklärung über Röntgenaufnahmen bei Minderjährigen

Angaben zum Kind:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Angaben zum Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer (im Notfall)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. Wegstein, Rathausstr. 9, 63579 Freigericht, bei meinem minderjährigen Kind Röntgenaufnahmen im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung durchführen darf, wenn diese notwendig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten