Einverständniserklärung für Minderjährige

Vorname

Nachname

Geburtstag

PLZ | Ort

Adresse

Bemerkungen | Hinweise

Hiermit erkläre ich mich mit den notwendigen, MRT und/oder Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind einverstanden.

Datum

Unterschrift

RADIOLOGIE
Erfurt

TELEFON: **0361. 220 900**
INFO@RADIOLOGIE-ERFURT.DE
BRÜHLERWALLSTRASSE 4 | 99084 ERFURT
RADIOLOGIE-ERFURT.DE