



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

PATIENTENINFORMATIONEN

Name des Kindes

Geburtsdatum

Patientennummer

RÖNTGENEINWILLIGUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem Kind _____,
geboren am _____._____._____, Röntgenbilder zu diagnostischen Zwecken angefertigt werden.

Hamburg, den

X

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

BEHANDLUNGSEINWILLIGUNG

Die bei meinem Kind _____, geboren am _____._____._____, vorgesehe-
nen Behandlungen, deren Vor- und Nachteile, Risiken und Probleme – auch im Vergleich zu ande-
ren Methoden – wurden mir ausführlich erläutert und meine Fragen ausreichend beantwortet.

Hamburg, den

X

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass angefertigte Röntgenbilder und klini-
sche Aufnahmen (Digitalfotos) anonymisiert zu Fortbildungszwecken genutzt werden dürfen.

Hamburg, den

X

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)