Diakonie Krankenhaus Halle Diakoniewerk Halle	PoliReil Diakoniewerk Halle	**Einverständniserklärung Röntgenuntersuchung Minderjährige**	FB-419 Version 01 Seite 1 von 1

Name, Vorname des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname Erziehungsberechtigter: .....

Ich erkläre mich mit der Röntgenuntersuchung: .....

meines Kindes einverstanden.

....

Datum Unterschrift

Diakonie Krankenhaus Halle Diakoniewerk Halle	PoliReil Diakoniewerk Halle	**Einverständniserklärung Röntgenuntersuchung Minderjährige**	FB-419 Version 01 Seite 1 von 1

Name, Vorname des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname Erziehungsberechtigter: .....

Ich erkläre mich mit der Röntgenuntersuchung: .....

meines Kindes einverstanden.

....

Datum Unterschrift

FB-419-Einverständniserklärung Röntgenuntersuchung Minderjährige-V01-20210112