



**Einwilligung zur radiologischen Untersuchung bei
Minderjährigen / Nicht geschäftsfähigen Patienten**

Hiermit erteile ich _____

für die Patientin / den Patienten _____

die Einwilligung zur Durchführung folgender radiologischer Untersuchung:

Untersuchung	Datum
--------------	-------

Ich stehe in folgendem Verhältnis zur Patientin / zum Patienten:

Mir wurde eine Fürsorgevollmacht erteilt und kann diese vorlegen:

Ort und Datum

Unterschrift