

Einverständniserklärung Zur Kontrastmittelgabe bei minderjährigen Patienten

Untersuchung : _____ (durch die Radiologie auszufüllen)

Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Strasse:	
Ort / PLZ:	
Telefon	

bin mit der Untersuchung meines Kindes:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Strasse:	
Ort / PLZ:	

- ☐ mit Kontrastmittel
☐ ohne Kontrastmittel
(bitte unbedingt ankreuzen)

einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift
