

Einverständniserklärung Röntgenaufnahme

Liebe Eltern,

bei Ihrem minderjährigen Kind soll beim nächsten Termin ein OPG (Übersichtsröntgenaufnahme der Zähne) zur Einschätzung der Zahnwurzelstellung.-/ Anatomie erstellt werden.

Wir erbitten hierfür Ihr Einverständnis.

**Bitte verzichten Sie auf Schmuck im Kopfbereich und auf das Tragen eines Kapuzenpullovers.**

Für evtl. Rückfragen erreichen Sie uns unter Tel: 06221-471166.

Bitte geben Sie den unteren Abschnitt dieses Schreibens bis spätestens zum nächsten Termin mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam Dr. Schüßler

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Erstellung einer Röntgenaufnahme bei meinem minderjährigen Kind:

Name \*des/der Patient\*in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift \*des/der Erziehungsberechtigter\*in