



## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich als Erziehungs-/ Sorgeberechtigte/r mit der Untersuchung  
meines Kindes ....., geb. am .....

in der Überörtlichen Radiologischen Gemeinschaftspraxis am Standort

- Diakonissenkrankenhaus
- Markkleeberg-Center
- Rathaus Schönefeld
- Aue

einverstanden.

Für kurzfristige Rückfragen bin ich erreichbar unter: .....

.....

Datum

Unterschrift