



## Einwilligungserklärungen

### Persönliches

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Patientennummer \_\_\_\_\_

### Röntgeneinwilligung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mein Kind \_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, Röntgenbilder zu diagnostischen Zwecken anfertigt werden.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift (Erziehungsberechtigter) \_\_\_\_\_

### Behandlungseinwilligung

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, vorgesehene Behandlungen, deren Vor- und Nachteile, Risiken und Probleme - auch im Vergleich zu anderen Methoden - wurden mir ausführlich erläutert und meine Fragen ausreichend beantwortet.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift (Erziehungsberechtigter) \_\_\_\_\_

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass angefertigte Röntgenbilder und klinische Aufnahmen (Digitalfotos) anonymisiert zu Fortbildungszwecken genutzt werden dürfen.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift (Erziehungsberechtigter) \_\_\_\_\_