



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) _____