

Einverständniserklärung für Röntgen-Aufnahmen

Patient:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Tel.

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ Ort

.....
Mobil

Krankenkasse und Geschäftsstelle:

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Zähne oder des Kiefers gemacht?

.....
Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem Sohn / meiner Tochter Röntgenaufnahmen angefertigt werden dürfen.

Alle Angaben zum Gesundheitszustand sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ebenfalls bestätige ich, dass ich die Informationen zur europäischen Datenschutzgrundverordnung erhalten habe.

Stuttgart, den

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten