

**Überörtliche Gemeinschaftspraxis für
Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin
Duisburg – Dinslaken**

Dr. C. Neitzke, Dr. S. Richter, Dr. D. Stoesser, Dr. J. Hutmacher,
Dr. R. Laufkötter, A. Lohre, T. Schmeinck



Überörtl. Gem.-Praxis, Koloniestr. 56 47057 Duisburg

Computertomographie / Röntgen

Name :

Anschrift :

Geb. Datum :

Ich bin mit der Durchführung einer CT-Untersuchung / Röntgenuntersuchung bei meinem Kind einverstanden.

Einer evtl. i.v. Kontrastmittelgabe während der CT-Untersuchung stimmen die Erziehungsberechtigten ebenfalls zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

Für den Fall, dass nur ein Erziehungsberechtigter anwesend ist, bestätigt dieser hiermit durch seine Unterschrift ausdrücklich, dass auch die Zustimmung des fehlenden Elternteils vorliegt.

Unterschrift _____