

Anschrift der Praxis:

Ort/Datum

**Zahnarztpraxis
Dr. Jörg Höschle und Kollegen
Maurener Weg 72

71034 Böblingen**

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
der Eltern über die Aufnahme eines Röntgenbildes
beim minderjährigen Kind**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem minderjährigen Kind eine Röntgenaufnahme im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung durchgeführt wird.

Angaben zum Kind:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Angaben zu den Eltern:

Name, Vorname _____

Kind ist Versichert über: _____
Name, Vorname, Adresse des Elternteils

_____, den _____

(Unterschrift eines sorgeberechtigten Elternteils)