

Patient

mein Sohn meine Tochter mein Mündel Geburtsdatum

Name Vorname

Hauptversicherter Vormund

Geburtsdatum

Name Vorname Telefon

PLZ Ort Straße / Hausnummer

Untersuchung

Computertomographie Knochenszintigraphie

Kernspintomographie Schilddrüsenszintigraphie

Röntgenuntersuchung Sonographie

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die oben benannten Untersuchungen durchgeführt werden.

Für diese Untersuchung wird evtl. eine radioaktive Substanz in die Armvene injiziert.

Für diese Untersuchung wird evtl. ein Kontrastmittel in die Armvene injiziert.

Datum Ort Unterschrift Erziehungsberechtigte oder Vertreter