
Einverständniserklärung Röntgenuntersuchung bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem minderjährigen Kind

_____ , geb. am _____

eine Röntgenuntersuchung vom _____
durchgeführt wird.

(Datum)

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

(lesbar in Druckbuchstaben)

Verwendete Strahlenschutzmittel

- Strahlenschutzmantel
- Schilddrüsenschutz
- Gonadenkapsel
- Schmetterling

Dosis: ap _____ cGy/cm²

lat. _____ cGy/cm²

schräg _____ cGy/cm²

MTR/MFA: _____