



DR. LECHNER
PRAXIS FÜR MUNDGESUNDHEIT

Einverständniserklärung für Röntgenaufnahmen

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

medizinische Indikationen erfordern es, in regelmäßigen Abständen bei Ihrem Kind Röntgenaufnahmen anzufertigen. Ein Beispiel kann Initialkaries sein, die früh erkannt meist ohne größere Eingriffe ausgeheilt werden kann.

Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, Röntgenaufnahmen bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter anfertigen zu dürfen.

Hiermit erteile ich,

(Vor- und Zuname Erziehungsberechtigte/r)

**mein Einverständnis, dass die Praxis für Mundgesundheit
Dr. Ralf Lechner in regelmäßigen Abständen Röntgenaufnahmen
bei meinem Kind,**

(Vor- und Zuname Kind)

anfertigen darf.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(Erziehungsberechtigte/r)