

Patientenetikett



MVZ DIRANUK GmbH – Bielefeld | Bad Salzuflen | Gütersloh | Bünde

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Durchführung einer Röntgenuntersuchung bei gesetzlich betreuten Menschen.

Hiermit erkläre ich, _____ ,
Vorname, Name

dass ich im Rahmen meiner gesetzlichen Betreuung mit der Durchführung der Untersuchung

_____ bei Herrn/Frau _____ einverstanden bin.
Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer