

Röntgen - Einverständniserklärung der Eltern

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meiner Tochter / meinem Sohn

Vorname

Name

Geburtsdatum

eine Röntgenaufnahme im Zahnzentrum Nord durchgeführt wird.
(Bestimmungen der RöV und StrlSchV)

Ort, Datum

gesetzlicher Vertreter

Mit freundlichen Grüßen

Lukas zum Broock
MSc Orale Chirurgie & Implantologie