SPORTPRAXIS
DR. PFALZER & DR. ZEITHAMMEL
STUTTGART

Einverständnis der Eltern für Röntgenuntersuchungen

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

_____	_____	_____
Vorname	Name	Geb.-Datum

eine Röntgenuntersuchung in der Sportpraxis Stuttgart durchgeführt werden darf, sollte dies aus medizinischen Gründen notwendig sein.

Bei meiner Tochter liegt keine Schwangerschaft vor.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name	Unterschrift