



FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Röntgenerlaubnis

Im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung sind in der Regel für die Anfangs-, Zwischen- und Enddiagnostiken Röntgenaufnahmen erforderlich.

Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Inka Kolenda diese Aufnahmen zum jeweiligen Zeitpunkt ohne meine erneute Zustimmung anfertigen zu dürfen.

Patient:

(Nachname, Vorname - bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/ Sorgeberechtigter