Name des Kindes:

_____

Name des Erziehungsberechtigten:

_____

Hiermit stimme ich einer erforderlichen

Röntgenuntersuchung meines Kindes zu.

_____

Unterschrift

Radebeul, den _____

Orthopädische Gemeinschaftspraxis Radebeul • Meißner Str. 80/84 • 01445 Radebeul
Telefon: 0351 - 795 188 80 • Fax: 0351 - 795 188 82 • www.ortho-radebeul.de