



# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Dr. med. Michael Schuh | Dr. med. Christian Geßner | Erfurt | Tschaikowskistraße 24 | Telefon: 0361 65 73 73 0

## Einverständniserklärung der Eltern

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Versichert über (Name, Vorname und Geburtsdatum)

.....  
Anschrift bei Privatversicherung

eine Röntgenuntersuchung in der Praxis Dr. med. Michael Schuh | Dr. med. Christian Geßner in der Tschaikowskistraße 24 , 99096 Erfurt, durchgeführt wird.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden per  
Fax: +49 (361) 65 73 73 20 oder Mail: [info@orthopaeden-erfurt.de](mailto:info@orthopaeden-erfurt.de)