Einverständniserklärung

Einverständniserklärung der Eltern

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

_____	_____	_____
Vorname	Name	Geburtsdatum

_____

Versichert über (Name,Vorname und Geburtsdatum)

_____

Rechnungsanschrift bei Privatversicherung

eine **Röntgenuntersuchung / MRT** in der Praxis Dr. med. Klaudius Münch in der Norderneystraße 1, 31303 Burgdorf , durchgeführt wird.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift