

UNTERSUCHEN VON
MINDERJÄHRIGEN PANTIENT:INNEN (UNTER 14 JAHREN)

Patientenname: _____

Adresse: _____

SVNummer: _____ Untersuchungsdatum: _____

Die Begleitung des Kindes ist NICHT Erziehungsberechtigt.

Zustimmung des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten: _____

SVNummer/Geb.Datum: _____

Der Erziehungsberechtigte stimmt zur Durchführung der durch die Zuweisung angeforderten Untersuchung zu. Dies wurde

- telefonisch oder
- schriftlich

bestätigt am _____ von _____ (Mitarbeiter Name).