

Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser
Dr. M. Deinzer & Kollegen**

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Ich bin damit einverstanden, die notwendige Röntgenaufnahme/n bei meinem Kind durchführen zu lassen.

Pforzheim, den

Unterschrift: