



UNTERSUCHUNGEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 18. LEBENSJAHRES

OTC | ORTHOPÄDIE
TRAUMATOLOGIE
CENTRUM REGENSBURG



Name, Vorname

Geburtsdatum

Als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter/Vormund willige ich mit meiner Unterschrift in die Untersuchung meines Kindes ein und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meiner/meines erziehungsberechtigten Partnerin/-s als gegeben vorausgesetzt werden kann

Regensburg, den _____

Gesetzliche/-r Vertreter/-in