



**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