



Praxis für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde
Dr. Markus Hoberg
Zahnarzt / Oralchirurgie
Am Gerbergraben 2b
57439 Attendorn

Einwilligungserklärung:
Röntgen

Patient:
Geburtstag:

Hiermit bestätige ich, dass im Rahmen eines Vorgesprächs über die Indikation sowie der möglichen Risiken einer Anfertigung von Röntgenbildern, informiert worden bin.

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

Datum und Unterschrift des Patienten / d. entscheidungsberechtigten Zahlungspflichtigen