



üBAG Radiologie Eisenach-Eschwege

---

### **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn:

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

in der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft Dr. Retzlaff und Reimuth am  
\_\_\_\_\_ untersucht wird.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten