



Einverständnis-Erklärung zur Mammographie Screening Untersuchung

Betreute:

Geburtsdatum:

Gesetzliche/r Betreuer/in:

Anschrift der/s ges. Betreuer/in:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Betreute an der o.g. Untersuchung teilnimmt.

Datum: _____

Unterschrift ges. Betreuer/in*: _____

*- Unterschrift auch notwendig auf dem Bogen „Verzicht auf das Arztgespräch“ -

Betreuungsausweis wird nachgereicht:

Unterschrift ges. Betreuer/in: _____

oder

Betreuungsausweis liegt vor

oder

Betreuungsausweis wurde lt. MaSc in Vorrunde vorgelegt

Unterschrift Mitarbeiterin Screening: _____