



Kinderzauberzähne

Gemeinschaftspraxis für Kinder- & Jugend-
zahnheilkunde und Kieferorthopädie



Consent to the taking of X-rays

for Kinderzauberzähne – Gemeinschaftspraxis für
Kinder- & Jugendzahnheilkunde und Kieferorthopädie

I hereby give my consent for X-rays to be taken of my child.

On (Date of Appointment) _____

Name of patient _____

Born on _____

Date

Signature of parent/guardian