

Einverständniserklärung für Notfallsituationen

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir in Eilfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Eltern/
Erziehungsberechtigten: _____

Adresse der Eltern/
Erziehungsberechtigten: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstl.: _____

In dringenden Fällen zu benachrichtigen: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnehmer: _____

Besonderheiten (z.B. Allergien, chronische Krankheiten, Nahrungsmittel):

Ort/Datum

Unterschrift