Einverständniserklärung der Eltern / Sorgberechtigten

zur medizinischen Behandlung

Name der Patient*in
Geburtsdatum
Anschrift
Name der Eltern / Sorgberechtigten

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch. Mein Kind wird dennoch von einem Arzt / Ärztin persönlich aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass alle notwendige medizinische Behandlungen ohne mein Beisein durchgeführt werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils / des Sorgberechtigten