

## Zustimmung zu ärztlicher Versorgung im Notfall

Von den Eltern auszufüllen

**Ich, der Unterzeichner**

(Name, Vorname des Erziehungsberechtigten)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. priv.: \_\_\_\_\_

Tel.: dienstlich \_\_\_\_\_

Tel mobil.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**erteile den Verantwortlichen der Fahrt die Erlaubnis, meinem Kind nach Hinzuziehung eines praktizierenden Arztes jede medizinische Versorgung zukommen zulassen, die im Falle eines Unfalls, einer ansteckenden Krankheit oder jeder anderen schweren Erkrankung notwendig sein könnte.**

**Darüber hinaus ermächtige ich die Verantwortlichen der Fahrt dazu, meinem Kind im Notfall eine Diabetes-Notfall Spritze zu setzen, in deren Handhabung ich die Verantwortlichen zuvor eingewiesen habe.**

**Ich erkläre den Haftungsausschluss für Schäden, die aus der Diabetes-Erkrankung des Kindes und deren Behandlung durch die Verantwortlichen der Fahrt einhergehen könnten.**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Im Notfall **während meiner Abwesenheit** zu benachrichtigen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, den Verantwortlichen die medizinischen und pharmazeutischen Kosten zu erstatten, die für die Behandlung meines Kindes ausgegeben wurden.

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben exakt sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

hier: „gelesen und akzeptiert“

hier: Unterschrift

(Der Unterschrift muss die handschriftliche Formulierung „gelesen und akzeptiert“ vorausgehen.)