

MEDIZINISCHES MERKBLATT

Name:.....
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Nationalität:

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters

.....
.....
.....

Im Falle eines Unfalls wird die Familie schnellstens informiert.
Aus diesem Grunde bitten wir Sie, uns eine Telefonnummer anzugeben:

Telefonnummer am Wohnort
Handy-Nummer des Vaters:
Handy-Nummer der Mutter:
Andere Personen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen:
.....
.....

Im Notfall wird der oder die verletzte oder erkrankte Jugendliche vom Rettungsdienst ins zuständige Krankenhaus transportiert. Die Familie wird dann sofort von uns benachrichtigt. **Ein minderjähriger Jugendlicher kann das Krankenhaus nur in Begleitung der Familie oder eines Verantwortlichen verlassen.**

Bevollmächtigung für einen operativen Eingriff.

Die Unterschreibenden, Herr und/oder Frau, erlauben eine Anästhesie unseres Kindes, sollte ein operativer Eingriff notwendig werden infolge des Krankheitsverlaufes oder eines Unfalles.

Ich/wir habe(n) die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre(n) mich/uns durch die Unterschrift einverstanden.

(Ort), den
Unterschrift der Eltern

Hausarzt:..... Telefon
Krankenvers. Nr.
Adresse der Versicherung

.....
Wichtige Informationen (Allergien, Krankheiten, einzunehmende Medikamente, evtl. Wünsche oder Bemerkungen)
.....

Bitte Kopie des Impfheftes beifügen.