

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind

Bei einer schweren Erkrankung und/oder bei Unklarheit über die Art der Erkrankung einem Arzt vorgestellt wird und ich /wir darüber umgehend informiert werden.

bei einer bedrohlichen Erkrankung / einem Unfall in ein Krankenhaus eingewiesen wird, und dass der zuständige Arzt, falls erforderlich, eine Operation vornimmt. Ich/ wir gehen davon aus,

dass sich der behandelnde Arzt nach Möglichkeit vor einer Operation mit mir/ und in Verbindung setzt, um meine/ unsere Einwilligung für den ärztlichen Eingriff zu erhalten.
(Auch hier wird uns das Team umgehend informieren!)

Mein /unser Kind hat eine aktuelle Tetanusimpfung ja nein
(siehe beigefügtes Impfbuch)

Im Falle einer ärztlichen Behandlung und fehlender Tetanusimpfung möchte ich/ möchten wir **nicht** das mein/ unser Kind Tetanusgeimpft wird!

Mein/ unser Kind ist gesetzlich familienversichert über Mutter Vater
(Krankenkasse oder Kopie der Krankenkassenkarte liegt bei!)

Mein/ unser Kind ist privat versichert bei:

Name der Krankenkasse	
Versicherungsnummer	
Versichert über	

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern /der/des Sorgeberechtigten