

# Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname (Erziehungsberechtigte)

---

Anschrift

---

von

Name, Vorname des minderjährigen Soldaten/der minderjährigen Soldatin

---

Geburtsdatum

Personenkennziffer

---

Wir sind widerruflich damit einverstanden, dass im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung der Soldatinnen und Soldaten sämtliche medizinisch erforderlichen **Behandlungen und Untersuchungen** (z. B. Impfen, Ultraschall, radiologische Diagnostik, Ergometrie, Infusionen und Laboruntersuchungen, Operationen, ect.) **mit dem jeweiligen Einverständnis unseres Kindes** an ihm/ihr durchgeführt werden dürfen.

Diese Einverständniserklärung können wir nur schriftlich bis zur Volljährigkeit unseres Kindes jederzeit gegenüber dem zuständigen Truppenarzt widerrufen. Für die Wirksamkeit des Widerrufs kommt es auf den Eingang bei dem behandelnden Truppenarzt an. Mit Eintritt der Volljährigkeit erlischt die Einverständniserklärung kraft Gesetzes.

Sofern nur ein Erziehungsberechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen Erziehungsberechtigten sein Einverständnis zu erklären.

---

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r