

**Einverständnis der Erziehungsberechtigten**

Name, Vorname (Erziehungsberechtigte)

---

Anschrift

---

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 Laboruntersuchungen, sowie zahnärztliche Behandlungen, usw.) mit dem jeweiligen Einverständnis unseres Kindes an ihm/ ihr durchgeführt werden dürfen.

Diese Einverständniserklärung können wir nur schriftlich bis zur Volljährigkeit unseres Kindes je derzeit 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.

---

Ort, Datum      Unterschrift des Erziehungsberechtigten