



Einwilligungserklärung zur ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung bei minderjährigen Soldaten

Name:

Vorname:

PK:

Einheit: 10./ FschJgRgt 31, Twistenberg 120, 27404 Seedorf

Heimatanschrift:

Ihr Kind leistet nach Ihrer Einwilligung freiwilligen Dienst in der Bundeswehr.

In diesem Sinn hat Ihr Kind grundsätzlich Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Diese richtet sich nach den „Richtlinien für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“

Bezugnehmend auf BMVg FÜ San I 3 – Gz 42-75-49 vom 24.11.2008.

Die ärztliche, zahnärztliche und fachzahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten wird grundsätzlich durch Sanitätsoffiziere Arzt in ärztlichen, zahnärztlichen und fachzahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr durchgeführt. Überweisungen in den zivilen Bereich sind nur aus kapazitäts- und fachspezifischen Gründen und nach vorheriger Absprache mit dem Sanitätsoffizier Arzt zulässig.

Die truppenärztliche und truppenzahnärztliche Versorgung umfasst die ärztlichen und fachärztlichen Maßnahmen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten und nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden.

Name:

Vorname:

PK:

Ich wurde ausreichend über die Richtlinien in der Bundeswehr aufgeklärt. Über den notwendigen Behandlungsbedarf und den Umfang der individuellen Behandlung wird Ihr Kind vor jeder Behandlung durch den Sanitätsoffizier Arzt/Zahnarzt informiert und aufgeklärt.

Hiermit stimmen wir der Behandlung unseres Kindes im vollen Behandlungsumfang gem. den Richtlinien für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung von Soldaten zu.

Ort, Datum:

Unterschrift beider Elternteile: