

**SANITÄTSVERSORGUNGSZENTRUM**  
**Gotha**  
**Friedenstein-Kaserne**  
**- Heilfürsorge -**



99867 Gotha, 19.03.2025

Bw-Kennzahl 8784  
Telekom: (03621) 468

## Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG: Dieses Formular ist nur bei minderjährigen Rekruten zu befüllen !!!**

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten

---

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

---

Name, Vorname des minderjährigen Soldaten / der minderjährigen Soldatin

---

PK

---

Wir sind widerruflich damit einverstanden, dass im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung der Soldatinnen und Soldaten sämtliche medizinisch erforderlichen Behandlungen und Untersuchungen ( z.B. Laboruntersuchungen, Infusionstherapie, Impfungen, EKG, Ergometrie, Lungenfunktion, Seh- und Hörtest, Ultraschall, radiologische Diagnostik, Überweisungen zu Fachärzten, Operationen, zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen etc.) mit dem jeweiligen Einverständnis unseres Kindes an ihm/ ihr durchgeführt werden dürfen.

Diese Einverständniserklärung können wir nur schriftliche 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 und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten