Anlage 6

SanZ Pfreimd
Schloßbergstr.1
92536 Pfreimd

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

ACHTUNG: Dieses Formular ist nur bei Minderjährigen 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 Widerrufes 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