
Name, Vorname (des Soldaten)

Ort, Datum

Dienstgrad

Personenkennziffer

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten zur Behandlung im Rahmen der unentgeltlichen truppen(zahn-)ärztlichen Versorgung

- nur ausfüllen, wenn Soldat am Tage der Einstellung noch nicht volljährig -

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

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 jederzeit schriftlich bis zur Volljährigkeit unseres Kindes 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.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten