

	Checklisten und Formulare 06-12 Einverständniserklärung Arztbesuch von Kindern und Jugendlichen ohne Begleitung der Eltern	epa 2010 Ausgabe 1 Seite 1 von 1
---	---	--

Erstellt / Geändert: Julia Steiert	Datum: 03.05.2010	Geprüft: Julia Steiert	Datum: 03.05.2010	Freigegeben: Dr. Wiedensohler	Datum: 21.10.2010

Bestätigung der Eltern für den Arztbesuch

Hiermit bestätigen wir, dass unser Kind

_____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Am _____ [Datum] allein zur Impfung in die Praxis Dres. A. Wiedensohler und M. Haller kommen wird. Wir sind über die Behandlung informiert und stimmen zu.

Bitte geben Sie an, um welche Impfungen es sich handelt:

- nur diese Impfungen: _____
- alle von der Stiko empfohlenen Impfungen

Name des Erziehungsberechtigten: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)