

	<b>Checklisten und Formulare 06-12</b> <b>Einverständniserklärung Arztbesuch von</b> <b>Kindern und Jugendlichen ohne</b> <b>Begleitung der Eltern</b>	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)

für die Dauer der Hyposensibilisierung, sobald das Einleitungsschema beendet ist, alleine zur Hyposensibilisierung in die Praxis Dres. A. Wiedensohler und M. Haller kommen darf. Wir sind über die Behandlung informiert und stimmen zu.

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)