

Einverständniserklärung zur medizinischen Notfallbehandlung

Hiermit erkläre ich, _____, dass ich als
Erziehungsberechtigte/r von:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

dem Betreuungsteam des Jungen*aktionscamps die Erlaubnis gebe, im Falle von Verletzungen, wie z.B. das Entfernen von Zecken, Splintern oder ähnlichen Fremdkörpern aus dem Körper meines Kindes, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Ich bin mir bewusst, dass die Betreuer in solchen Situationen nach bestem Wissen und Gewissen handeln werden, um das Wohl meines Kindes zu gewährleisten. Ich bestätige, dass ich über die Risiken informiert wurde und dass ich die Verantwortung für die medizinischen Entscheidungen, die im besten Interesse meines Kindes getroffen werden, übernehme.

Notfallkontakt:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Datum: _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!