

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter in der Praxis
Dr.med. Schmidt & Kollegen behandelt wird.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Falls erforderlich, stimme ich einer Blutabnahme, Injektion, Infusion, Impfung
zu.

Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberichtigte/r
------------	--------------------------------------

Bei Minderjährigen zwischen 8 und 18 Jahren sollte auf jeden Fall – wenn sie ohne Begleitung eines
Sorgeberechtigten erscheinen – vor der Behandlung die Einwilligung der Eltern eingeholt werden.
Es besteht dabei auch die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache.