Bayerisches
Rotes
Kreuz

Einverständniserklärung

Mein Sohn/Meine Tochter/Unsere Kinder:

Name:_____

darf/dürfen am _____

Datum/ Uhrzeit _____

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert:

_____

Mein Kind hat Folgende Krankheiten; Allergien, Ängste, etc.:

_____

_____

Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen: O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Mein Kind darf sich zeitweise ohne Aufsichtsperson bewegen:

O darf O darf nicht

Mein Kind kann / darf Schwimmen: O ja O nein

Ich bin im Notfall unter folgender Adresse und Telefon-Nummer erreichbar:

_____

Ich bin im Notfall damit einverstanden, dass mein Kind unverzüglich in das nächstgelegene Krankenhaus (Einrichtung) verbracht wird und dort die entsprechende Behandlung (einschließlich Operation) erhält.

Für Unfälle, die durch Ungehorsam, höhere Gewalt oder Übertretung der Anweisungen der aufsichtsführenden Personals eintreten, kann keine Verantwortung übernommen werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigen