



Einverständniserklärung für medizinische Notfallversorgung im Falle eines Unfalls

Sie können dieses Formular handschriftlich in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen.
Bitte ausdrucken und unterschrieben an unten stehende Adresse senden.

Hiermit ermächtige ich (Erziehungsberechtigter),

wohnhaft

Telefon dienstlich/privat

als Erziehungsberechtigte(r) des Schülers / der Schülerin

Name

Vorname

Klasse

die/den Verantwortlichen der Internationalen Deutschen Schule Paris in meinem Namen für meinen Sohn/meine Tochter, wenn nötig, den Transport ins Krankenhaus zu veranlassen und an Ort und Stelle jede notwendige Erlaubnis für eine Operation mit oder ohne Vollnarkose zu erteilen, wenn dies von der Ärzteschaft beschlossen wird.

Diese Ermächtigung gilt nur für den Fall, dass mein Sohn/meine Tochter Opfer eines Unfalls oder einer akuten und sich schnell entwickelnden Krankheit werden sollte und ich nicht umgehend zu erreichen bin.

Ort, Datum

Unterschrift

Zusätzliche Informationen

Nimmt Ihr Kind Medikamente, die Gegenreaktionen hervorrufen können?

Reagiert Ihr Kind allergisch?

Datum der letzten Wundstarrkrampfpimpfung?

Ist Ihr Kind allergisch und wenn ja, gegen was?

Blutgruppe (wenn bekannt)