

Einverständniserklärung medizinischer Notfall
Autorisation d'hospitalisation

Hiermit ermächtige ich als Erziehungsberechtigte(r) / Je soussigné(e), M/Mme

.....

Wohnhaft/adresse

.....

Mobil/mobile Festnetz/fixe.....

die / den Verantwortlichen der iDSP, in meinem Namen für meine Tochter /meinen Sohn / Parent
de l'élève ou titulaire de l'autorité parentale de :

.....

(Name, Vorname, Geburtsdatum / Nom, prénom, date de naissance)

einen nötigen 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 / autorise les responsables de l'iDSP à organiser un transport nécessaire à l'hôpital
et donne mon autorisation pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps
médical.

**Diese Ermächtigung gilt für den Fall, dass meine Tochter/mein Sohn Opfer eines Unfalls oder
einer akuten und sich schnell entwickelnden Krankheit werden sollte und ich nicht schnell genug
erreichbar bin / Cette autorisation est valable dans le cas où mon fils / ma fille serait victime
d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide et où je ne serais pas joignable assez
rapidement.**

.....
Ort/Datum
Lieu/date

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten
Signature des titulaires de l'autorité parentale