

Erziehungsberechtigter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mein(e) Sohn/Tochter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

darf am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr alleine/in Begleitung von

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

zum Arzttermin gehen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind geröntgt wird.

Ich versichere ausdrücklich, dass bei meiner Tochter aktuell **keine Schwangerschaft** besteht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter