

Original zur Unterschrift, retour an Absender

Adresse:

---

---

---

---

---

Absender:

---

---

---

---

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

## Medizinische Eingriffe nicht ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten

### Sehr geehrte Damen und Herren

Ich/Wir bitten Sie um schriftliche Bestätigung, dass

Unsere Tochter     Unser Sohn

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

nicht durch Sie oder durch von Ihnen beauftragtes Personal medizinischen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen wird.

Für Medizinische Vorsorgeeingriffe (wie z.B. namentlich PCR-Tests, Impfungen, Verabreichung von Medikamenten) ist zu jedem Zeitpunkt eine schriftliche Einwilligung von:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

einzuholen.

Sollte es entgegen meiner/unsere berechtigten Forderung dennoch zu medizinischen Eingriffen an unserem Kind kommen, über die keine schriftliche Einwilligung eingeholt wurde, behalten wir uns Strafanzeige vor.

Bitte ausfüllen und retournieren:

Ich habe das Schreiben gelesen und verstanden:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Freundliche Grüße

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Kopie für Ihre Unterlagen**

Adresse:

---

---

---

---

---

Absender:

---

---

---

---

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

**Medizinische Eingriffe nicht ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten**

**Sehr geehrte Damen und Herren**

Ich/Wir bitten Sie um schriftliche Bestätigung, dass

Unsere Tochter     Unser Sohn

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

nicht durch Sie oder durch von Ihnen beauftragtes Personal medizinischen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen wird.

Für Medizinische Vorsorgeeingriffe (wie z.B. namentlich PCR-Tests, Impfungen, Verabreichung von Medikamenten) ist zu jedem Zeitpunkt eine schriftliche Einwilligung von:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

einzuholen.

Sollte es entgegen meiner/unsere berechtigten Forderung dennoch zu medizinischen Eingriffen an unserem Kind kommen, über die keine schriftliche Einwilligung eingeholt wurde, behalten wir uns Strafanzeige vor.

Bitte ausfüllen und retournieren:

Ich habe das Schreiben gelesen und verstanden:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift:

---

Freundliche Grüße

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_