



Sorgerechtserklärung & Einverständnis zur Behandlung von Kindern

Für die ärztliche Versorgung minderjähriger Patientinnen und Patienten

Bei der ärztlichen Behandlung eines Kindes ist grundsätzlich die Einwilligung aller sorgeberechtigten Personen erforderlich. Dieses Formular dokumentiert, wer sorgeberechtigt ist bzw. wer im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt.

ANGABEN ZUM KIND

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

SORGERECHT

- ☐ Ich bin **gemeinsam mit dem anderen Elternteil sorgeberechtigt** und erkläre, dass die anstehende Behandlung im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil erfolgt bzw. Angelegenheiten des täglichen Lebens betrifft.
- ☐ Mir steht das **alleinige Sorgerecht** für das oben genannte Kind zu.
- ☐ Eine **schriftliche Vollmacht des anderen Elternteils** liegt vor und wird der Praxis vorgelegt.

SORGERECHTIGTE/-R 1

Name, Vorname

Telefon

SORGERECHTIGTE/-R 2 (FALLS ZUTREFFEND)

Name, Vorname

Telefon

EINVERSTÄNDNIS ZUR NOTFALLBEHANDLUNG

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines medizinischen Notfalls während meiner Abwesenheit die notwendigen Behandlungsmaßnahmen durch die Praxis Karmann durchgeführt werden, auch wenn ich nicht sofort erreichbar bin.

NOTFALLKONTAKT

Name

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/-r

Praxisstempel