

Erlaubnis für ärztliche Behandlung

Liebe(r) Sorgeberechtigte(r),

befindet sich im Rahmen

Name des Betreuten

Geburtsdatum

unserer Jugendhilfeeinrichtung in einer intensiv heilpädagogisch-therapeutischen Maßnahme.

Wir bitten Sie hiermit um die schriftliche Einverständniserklärung, dass wir mit ihrem Sohn/ihrer Tochter, im Falle einer Erkrankung, ein(en) Arzt/Facharzt/Krankenhaus aufsuchen dürfen, um nach fachkompetenten Anweisungen die Erkrankung behandeln zu können.

Wir sehen es als selbstverständlich an, dass wir versuchen, Sie in einem solchen Falle vorher telefonisch zu erreichen, um dies mit Ihnen persönlich abzusprechen.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten