

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG EINES KINDES

1. Angaben zum Kind

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

2. Sorgeberechtigte Person

Vor- und Nachname:

Anschrift:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Verhältnis zum Kind:

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Vormund
- ☐ sonstige sorgeberechtigte Person:

3. Weitere sorgeberechtigte Person – falls vorhanden

Vor- und Nachname:

Telefon:

E-Mail:

Verhältnis zum Kind:

4. Begleitperson

Das Kind wird zum Arzttermin begleitet von:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verhältnis zum Kind:

- ☐ Großmutter / Großvater
- ☐ volljährige Schwester / volljähriger Bruder
- ☐ andere verwandte Person
- ☐ Betreuungsperson
- ☐ sonstige Person:

5. Arzt / Praxis / Behandlungseinrichtung

Name der Arztpraxis / Einrichtung:

Ärztin / Arzt:

Fachrichtung:

Anschrift:

6. Termin

Datum: _____

Uhrzeit: _____

7. Umfang meiner Einwilligung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen des oben genannten Termins medizinisch untersucht und behandelt wird.

Die Einverständniserklärung gilt für:

- ☐ allgemeine ärztliche Untersuchung
- ☐ körperliche Untersuchung
- ☐ Beratung und Diagnostik
- ☐ Blutabnahme
- ☐ Urinuntersuchung
- ☐ Abstrich
- ☐ Wundversorgung
- ☐ Verbandwechsel
- ☐ bildgebende Untersuchung
- ☐ Impfung nach vorheriger ärztlicher Aufklärung
- ☐ Verordnung von Medikamenten
- ☐ Ausstellung ärztlicher Bescheinigungen
- ☐ folgende bereits geplante Behandlung:

- ☐ ausschließlich folgende Maßnahme:

8. Nicht von der Einwilligung umfasst

Folgende Maßnahmen sollen ohne vorherige Rücksprache mit mir nicht durchgeführt werden:

- ☐ invasive Eingriffe nur nach erneuter Rücksprache
- ☐ Operationen nur nach gesonderter Einwilligung
- ☐ Impfungen nur nach gesonderter Einwilligung
- ☐ Sedierung / Narkose nur nach gesonderter Einwilligung
- ☐ sonstige Einschränkung:

9. Rücksprache vor weiteren Maßnahmen

Falls im Verlauf der Untersuchung eine weitergehende Behandlung erforderlich werden sollte, bitte ich vor Durchführung – soweit medizinisch möglich – um telefonische Rücksprache.

Bevorzugte Telefonnummer:

Alternative Telefonnummer:

Falls ich nicht erreichbar bin:

- ☐ bitte weitere nicht dringende Maßnahmen verschieben.
- ☐ bitte die zweite sorgeberechtigte Person kontaktieren.
- ☐ bitte folgende Person kontaktieren:

Telefon:

10. Wichtige medizinische Angaben

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten:

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Chronische Erkrankungen / relevante Diagnosen:

Frühere besondere Reaktionen auf Medikamente / Impfungen / Narkosen:

Sonstige wichtige medizinische Informationen:

11. Medikamentengabe

- ☐ Medikamente dürfen im Rahmen der ärztlichen Behandlung verordnet werden.
- ☐ Medikamente dürfen nach ärztlicher Anordnung unmittelbar verabreicht werden, soweit ich hierzu nach erfolgter Aufklärung eingewilligt habe.
- ☐ Für jede Medikamentengabe soll zuvor Rücksprache gehalten werden.

Besondere Einschränkungen:

12. Informationen an die Begleitperson

- ☐ Die begleitende Person darf Informationen über Untersuchung, Diagnose und Behandlung erhalten, soweit dies im Zusammenhang mit diesem Termin erforderlich ist.
- ☐ Die begleitende Person darf lediglich organisatorische Informationen erhalten.
- ☐ Medizinische Informationen sollen ausschließlich mir beziehungsweise der weiteren sorgeberechtigten Person mitgeteilt werden.

Besondere Regelung:

13. Geltungsdauer

Diese Einverständniserklärung gilt:

- ☐ ausschließlich für den Termin am

☐ für die folgende Behandlung / Behandlungsserie:

☐ für den Zeitraum

von _____

bis _____

14. Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

15. Erklärung der sorgeberechtigten Person

Ich bestätige, dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

Ich erteile die vorstehende Einwilligung für die ausgewählten Untersuchungen und Behandlungen.

Die ärztliche Aufklärung vor einwilligungsbedürftigen Maßnahmen bleibt hiervon unberührt.

Ort:

Datum:

Unterschrift der sorgeberechtigten Person:

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben:

16. Zweite sorgeberechtigte Person – optional

Vor- und Nachname:

Unterschrift:

Datum:

17. Zustimmung des Kindes / Jugendlichen – falls sinnvoll

Ich wurde meinem Alter und Verständnis entsprechend über die geplante Untersuchung beziehungsweise Behandlung informiert.

Vor- und Nachname:

Datum:

Unterschrift Kind / Jugendliche/r: