

Zustimmung zur ärztlichen Behandlung

TeilnehmerIn

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bevollmächtigen wir / bevollmächtige ich, die Mitglieder der Lagerleitung (Markus Hemsing, Marc Klein-Günnewick, Marcel Mahlig, Nils Groth und Melissa Luters) in dringenden Fällen, notwendigen medizinischen Eingriffen (Röntgenaufnahmen, medizinische Behandlungen etc.) in unserem Namen/ in meinem Namen zuzustimmen.

Diese Einwilligung findet seitens der Lagerleitung nur nach eingehender medizinischer Beratung durch Fachärzte Anwendung und gilt nicht für Operationen jeglicher Art.

Die Lagerleitung wird mich / wird uns über medizinische Eingriffe entsprechend informieren.

Sofern Sie diese Vollmacht nicht erteilen wollen, wird sie die Lagerleitung vor jeder Untersuchung/ ärztlichen Behandlung kontaktieren müssen. Bitte stellen Sie in diesem Fall sicher, dass Sie grundsätzlich erreichbar sind (Erreichbarkeit des Notfallkontaktes reicht hierfür leider nicht aus!).

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) _____

Name in Druckschrift _____