



## Erklärung und Vollmacht für den Notfall

**Name der Schülerin / des Schülers:** \_\_\_\_\_

**Straße, PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**geb. am / in** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Tochter / mein Sohn an den Aktivitäten im Rahmen des Schüleraustausches teilnimmt und dazu die Grenze ins Ausland überschreitet.

2. Für den Notfall bitte ich um Benachrichtigung:

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_

Telefon am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Name eines nahen Angehörigen: \_\_\_\_\_

Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_

Telefon am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Ich übertrage das Erziehungsrecht, d.h. das Recht, notwendige Erziehungs-, Fürsorge- und Ordnungsmaßnahmen anzuordnen, während der Zeit des Austauschs auf die Begleitlerin / den Begleitler oder deren / dessen Vertreterin / Vertreter sowie die Gasteltern.

Unsere Tochter / Unser Sohn leidet unter folgender Allergie:

\_\_\_\_\_

Unsere Tochter / Unser Sohn nimmt folgende Medikamente ein:

\_\_\_\_\_

Bekannte Medikamentenunverträglichkeit:

\_\_\_\_\_

Sonstige Mitteilungen für eine ärztliche Behandlung im Notfall:

\_\_\_\_\_



In seltenen Fällen kann es zu einem Notfall kommen, der einen Krankenhausaufenthalt und/oder eine Operation erforderlich macht. Da grundsätzlich keine Narkose oder Operation an einem Minderjährigen ohne die schriftliche Zustimmung der Eltern oder des Vormundes vorgenommen werden darf, werden die Eltern bzw. der Vormund gebeten, folgende Erklärung zu unterzeichnen. Es wird jede Anstrengung unternommen werden, mit den Eltern oder dem Vormund vor einer größeren ärztlichen Behandlung Kontakt aufzunehmen. Diese Erklärung dient dazu, einer gefährlichen Verzögerung vorzubeugen für den Fall, das ein Notfall eintritt und die Eltern nicht erreicht werden können.

(Ich) (Wir, der/die unterzeichnende(n) Eltern/Vormund von

ermächtigen hiermit Frau / Herrn [REDACTED] als Vertreter des/der Unterzeichnenden, einer Röntgenuntersuchung, einer Narkose, einer medizinischen oder chirurgischen Diagnose oder Behandlung oder einem Krankenhausaufenthalt zuzustimmen, falls dies auf Anraten eines praktischen Arztes oder Chirurgen dringend angebracht erscheint.

Es versteht sich von selbst, dass diese Vollmacht im Voraus gegeben wird, um den oben genannten Vertreter zu ermächtigen, seine Zustimmung zu o.g. medizinischen Behandlungen zu geben, die dem Arzt nach bestem Willen und Gewissen erforderlich erscheint.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit dem Inhalt dieser Erklärung vorbehaltlos einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten