



Pat. Nr.:

Name, Vorname vom Elternteil :

Name, Vorname des Kindes :

Geburtsdatum des Kindes.

Hiermit erlaube ich, dass meine Tochter gynäkologisch untersucht und ggf. behandelt werden darf. Ich bin mit der Verordnung und Einnahme der Pille bei meiner Tochter einverstanden.

Des Weiteren habe ich keine Einwände gegen die Durchführung eventuell notwendiger Schutzimpfungen (laut STIKO), wie gegen Röteln, Windpocken, Grippe, Gardasil.

Ich habe die Notwendigkeit, die Zielsetzung, die Bedeutung und mögliche Risiken der oben genannten therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme verstanden.

Claudia Müller hat mich umfassend aufgeklärt und verständlich informiert.

Alle meine Fragen wurden beantwortet.

Ich erkläre mich mit der oben genannten therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter oder des Vaters

Unterschrift des aufklärenden Arztes