



Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt  
Friedrichstraße 38/40 • 01067 Dresden  
Telefon 0351 49278-0 • Fax 0351 49278-912

## Einverständniserklärung zur ärztlichen Behandlung meines minderjährigen Kindes

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

---

behandelnder Kinderarzt

im **Kinderzentrum Dresden Friedrichstadt** untersucht und behandelt wird.

Für eventuelle Rückfragen bitten wir um Angabe der aktuellen Telefonnummer.

---

Name, Vorname der Personensorgeberechtigten

Telefon

---

Telefonnummer der Personensorgeberechtigten

Telefon

---

Datum, Unterschrift

Personensorgeberechtigte(r) 1

---

Datum, Unterschrift

Personensorgeberechtigte(r) 2