

Vollmacht zur ärztlichen Versorgung

Ich

(Name der/s Erziehungsberechtigten)

derzeitig wohnhaft

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

Mannschaft: _____

Trainer: _____

Co-Trainer: _____

Betreuer: _____

bevollmächtige den FC Nordost Berlin e.V., Walter-Felsenstein-Straße 16 in 12687 Berlin, in medizinisch erforderlichen Fällen eine ärztliche Behandlung meines/unseren Kindes

_____, geb. am _____ zu veranlassen.

Dies gilt sowohl bei Verletzungen, die während eines Trainings, eines Spieles in den Spielstätten des FC Nordost Berlin e.V., als auch bei Spielstätten anderer Vereine, wo mein/unser Kind ein Training und/oder Spiel absolviert. Ich/Wir stimme/n ausdrücklich medizinisch notwendige Röntgenuntersuchungen zu.

Mein/Unser o.g. Kind hat folgende Allergien:

Derzeitig einzunehmende Medikamente:

Behandelnder Haus-/ Kinder-Arzt: _____

Tel. _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Mit der Unterschrift bestätige/n ich/wir die Richtigkeit der hier vorgenommenen Einträge und entbinden den FC Nordost Berlin e.V. von jeglichen Haftungsansprüchen.

Berlin, _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Erklärung des FC Nordost Berlin e.V.:

Die hier erhobenen Daten werden nicht elektronisch gespeichert und werden keinem Dritten, ausgenommen Ärzten, Arzthelfern und Krankenpflegepersonal, zugänglich gemacht. Bei eintreten der Volljährigkeit und/oder Ausscheiden aus dem Verein, verliert diese Vollmacht ihre Gültigkeit und wird hier entsprechend vernichtet werden. der Vorstand