

### Erklärung der sorgeberechtigten Personen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Behandlung meines Kindes/ unseres Kindes

geboren am \_\_\_\_\_ im SPZ am Klinikum Fulda

einverstanden.

Angaben zu beiden Elternteilen (bitte vollständig ausfüllen):	
Name Mutter	Name Vater
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift	Anschrift
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Voll umfassend sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ausschließlich Teilsorge:	Voll umfassend sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ausschließlich Teilsorge:

Gegeben falls eine andere sorgeberechtigte Person oder Institution:
Name der Einrichtung
Name der Bezugsperson
Anschrift
Telefonnummer:
Voll umfassend sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ausschließlich Teilsorge:

Ort, Datum	Unterschrift sorgeberechtigte Mutter
Ort, Datum	Unterschrift sorgeberechtigter Vater
Ort, Datum	Unterschrift sonst. Sorgeberechtigte(r)