



Name, Vorname des Schülers/der Schülerin:

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung zur betriebsärztlichen Untersuchung

Im Rahmen des Lehrplanes muss ich / Ihre Tochter / Ihr Sohn ein Praktikum bzw. Praktikumstage ableisten. Voraussetzung dafür ist eine betriebsärztliche Bescheinigung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass mir / meiner Tochter / meinem Sohn im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchung in den ersten Wochen des neuen Schuljahres von Frau Dr. Herold-Beifuss Blut abgenommen wird. Diese Untersuchung ist notwendig, damit sie eine ärztliche Bescheinigung ausstellen kann. Die Kosten werden in diesem Falle von der Schule übernommen.

Die notwendigen Untersuchungen einschließlich der Blutabnahme werden bei mir / meiner Tochter / meinem Sohn vom Hausarzt vorgenommen. Er leitet die Ergebnisse der Untersuchung an **Frau Dr. Herold-Beifuss, Unterzettlitzer Str. 31, 96231 Bad Staffelstein** weiter.

Die Kosten hierfür übernehme ich / wir.

Datum

Unterschrift des Schülers/der Schülerin

Bei minderjährigen Schülerinnen bzw. Schülern zusätzlich:

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten