



Name, Vorname

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 Blut abgenommen wird. Diese Untersuchung ist notwendig, damit eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt werden kann. Die Kosten werden in diesem Falle von der Schule übernommen.

Die notwendigen Untersuchungen einschließlich der Blutabnahme werden bei mir / meiner Tochter / meinem Sohn von einer Ärztin / einem Arzt mit der Zusatzqualifikation Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin vorgenommen. Die Kosten hierfür übernehme ich / wir.

Datum

Unterschrift der Schülerin/des Schülers

Bei minderjährigen Schülerinnen bzw. Schülern zusätzlich:

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten