

Einverständniserklärung

Name: _____

Aus versicherungstechnischen Gründen benötigen wir für folgende Punkte Ihr Einverständnis.
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an () und senden oder faxen Sie das Schreiben umgehend zurück.

1. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind ab **12 Jahren** in
Absprache mit dem Betreuungspersonal zu bestimmten therapie-
und schulfreien Zeiten das Klinikgelände ohne Aufsicht in Klein-
gruppen zum freien Ausgang verlassen darf. **Ja** **Nein**

2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgende Verwandte und
Bekannte, die mein Kind während der Reha-Maßnahme besuchen, es
zu Ausflügen und Fahrten mit dem Kraftfahrzeug mitnehmen dürfen: **Ja** **Nein**

a. b.
(Bitte immer Namen und Verwandtschafts-/ bzw. Bekanntschaftsgrad angeben !)

c. d.
(Bitte immer Namen und Verwandtschafts-/ bzw. Bekanntschaftsgrad angeben !)

Es ist zwingend erforderlich, dass sich alle Besuchspersonen bei der
Abholung von Kindern und Jugendlichen amtlich ausweisen können
(**Ausweis mitbringen!**). Telefonische Einverständniserklärungen sind
nicht ausreichend und werden von uns nicht akzeptiert !

3. Falls ich mein Kind am Reha-Ende nicht selbst abhole und auch kein
Sammeltransport stattfindet, bin ich einverstanden, dass mein Kind
die Heimreise mit dem Zug ohne Begleitperson antreten darf. **Ja** **Nein**

4. Mein Kind darf an Gruppenaktivitäten wie z.B. Schwimmen, Skikurs,
Schlittschuhlaufen, Bergbahn- und Sommerrodelbahnfahrten,
u.s.w. teilnehmen. (evtl. Nichtzutreffendes streichen) **Ja** **Nein**

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Mit der Unterschrift übernehmen Sie die **Verantwortung** und im Schadensfall die **Haftung**.