



## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

im Rahmen der THW-Einsatzbefähigung

nach G26.1 untersucht (\*)

und

gegen Hepatitis A und B geimpft (\*)

wird.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

(\*) = falls nicht zutreffend, bitte streichen