

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG 医療用委任状

記入例

Sollte mein/unser Kind Yamada Leon Taro.....
万一私・私たちの子供が Name, Vorname 姓名

.....15.09.2006
geb. am 生年月日

.....Hauptstraße 100, 80001 München.....
wohnhaft in 住所

sofortige ärztliche Hilfe benötigen, bin ich/sind wir
緊急の医療措置・治療を必要とする場合、私・私たちは

... Yamada Ichiro, 01.10.1970 Hauptstraße 100, 80001 München
Name, Vorname, geb. am wohnhaft in 姓名、生年月日、住所

... Müller-Yamada, Eva-Maria 13.12.1975 dito (同上).....
Name, Vorname, wohnhaft in 姓名、生年月日、住所

damit einverstanden, dass die Behandlung durch einen klinischen Arzt bzw. einen Notarzt
eingeleitet werden kann.
臨床医もしくは救急医による治療措置がなされても良い事を承認します。

.....AOK.....
Krankenversicherungsträger 健康保険会社名

.....Eva-Maria Müller-Yamada.....
Name des Versicherungsnehmers 健康保険受給者名 (子供の父または母)

.....8400000..... 1312321456..... ...12.12.2012.....
Kassennr. 健康保険会社番号 Versichertennr.健康保険番号 Gültig bis 有効期限

Ich bin/ Wir sind zu erreichbar unter Tel. Nr.

.....089-24087890, Handy(父)0173-56145xx, Handy (母) 0173-24682xx.....
私・私たちの電話連絡先

Sollte ich/solleten wir nicht erreichbar sein, bitte an:
私・私たちと連絡が取れない場合、次の委任者と連絡をとってください。

.....Frau.Mayer (Nachbarin) 089-240856xx.....
Name einer Vertrauensperson 委任者 Tel. Nr. 電話番号
wenden.

Datum (日付): dd.mm.2012

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:
保護者の署名 父親の署名.....

.....母親の署名.....