Elterliche Einverständniserklärung
zur arbeitsmedizinischen Untersuchung / Beratung

Ich willige / Wir willigen hiermit ein, dass

☐ meine/unsere Tochter (w)

☐ mein/unser Sohn (m)

☐ mein/unser Kind (d)

an der arbeitsmedizinischen Untersuchung/Beratung im Rahmen der (betrieblichen) Ausbildung durch die PIMA Health & Safety GmbH teilnimmt.

Mir/Uns ist bewusst, dass es sich hierbei um eine arbeitsmedizinische Untersuchung handelt, die je nach (angestrebten) Beruf folgende Bestandteile beinhalten kann:

- Ärztliche Untersuchung (körperliche Untersuchung, EKG, Sehtest, Hörtest)
- Ärztliche Beratung
- Laboruntersuchung(en) (Blutentnahme, Urinprobe, ggf. Drogentest)
- Impfungen (Hepatitis A&B)

Angaben zum Kind

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Angaben der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon / eMail:	

Ort, Datum

Unterschrift - Minderjährige*r

Ort, Datum

Unterschrift - Erziehungsberechtigte*r