



# Deutsche Schule Ann Arbor

## Notfall Formular/Emergency Information Form Zustimmung bei Notfallbehandlung/Consent for Emergency Treatment

Familien Name/Last Name			
Strasse, Hausnummer/Address		Telefonnummer/Daytime phone number	
		Telefonnummer, Arbeit/Phone Nuber, work	
Stadt, PLZ/ City, State, Zip Code		Mobil, Mutter/Cell Phone, Mother	Mobil, Vater/Cell Phone, Father
Vorname 1. Schüler(in)/ First name of 1. Student	Geburtstag/DOB (M-T-J / M-D-Y)	Medizinische Risiken / Allergien Medical Condition/Allergies	Letzte Tetanus Impfung/Last DTP Immunization
Vorname 2. Schüler(in)/ First name of 2. Student	Geburtstag/DOB (M-T-J / M-D-Y)	Medizinische Risiken / Allergien Medical Condition/Allergies	Letzte Tetanus Impfung/Last DTP Immunization
Vorname 3. Schüler(in)/ First name of 3. Student	Geburtstag/DOB (M-T-J / M-D-Y)	Medizinische Risiken / Allergien Medical Condition/Allergies	Letzte Tetanus Impfung/Last DTP Immunization
Vorname 4. Schüler(in)/ First name of 4. Student	Geburtstag/DOB (M-T-J / M-D-Y)	Medizinische Risiken / Allergien Medical Condition/Allergies	Letzte Tetanus Impfung/Last DTP Immunization
Kinderarzt/Pediatritian (Adresse & Tel.#/Address & Phone#)		Zahnarzt/Dentist (Adresse & Tel.#/Address & Phone#)	
Krankenhaus/Hospital (Adresse & Tel.#/Address & Phone#)		Krankenversicherung / Health Insurance:  Policy/Group #	

I hereby give permission that my child/children \_\_\_\_\_ may be given emergency treatment by a staff member at the Deutsche Schule Ann Arbor. I also give my permission for my child/children to be transported by ambulance or aid car to an emergency center for treatment. In the event that I cannot be contacted, I further consent to medical, surgical, and hospital care, treatment, and procedures to be performed for my child by a licensed physician or hospital when deemed immediately necessary or advisable by the physician to safeguard my child's health.

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, dass mein(e) Kind(er) \_\_\_\_\_ in einem akuten medizinischen Notfall von einer/m Angestellten der Deutschen Schule Arbor behandelt werden darf/duerfen. Ich erteile auch die Erlaubnis, dass mein(e) Kind(er) in einem Krankenwagen oder aehnlichen anderen Hilfsfahrzeug zu einer Notfallstation zur Behandlung transportiert werden darf/duerfen. Sollte es nicht moeglich sein, mich rechtzeitig zu benachrichtigen, erteile ich weiterhin die Erlaubnis zu/r medizinischen, chirurgischen und stationaeren Versorgung, Behandlung, und Eingriffen an meinem Kind/meinen Kindern durch einen amtlich zugelassenen Arzt oder ein Krankenhaus, wenn so unmittelbar notwendig oder ratsam auf Empfehlung des Arztes zum Schutze der Gesundheit meines Kindes/meiner Kinder.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten/  
signature of parent or guardian

\_\_\_\_\_  
Datum/date



# Deutsche Schule Ann Arbor

---