

Z U S T I M M U N G



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 | D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

- Polen 2028 -

Hiermit stimme ich im Falle eines medizinischen Notfalls jeglicher notwendiger medizinischen Maßnahme zum Erhalt der Gesundheit und zur Rettung des

Lebens meiner Tochter / meines Sohnes _____ ZU.

Meine Tochter / mein Sohn ist geboren am _____ in _____;

und wohnt in _____ / Deutschland.
(Wohnort, Straße, Hausnummer)

Telefonnummer: _____

Hiermit ist jeder Arzt angehalten und verpflichtet alles Notwendige zu tun, um die Gesundheit meines Kindes wieder herzustellen und sein Leben zu retten.

Name der Eltern: _____

Straße: _____

Ort: _____

Nationalität: Deutsch

Telefon: _____

Göllheim, Samstag, 01. Juli 2028

(Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler

Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim

Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

A P P R O V A L

- Poland 2028 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 | D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

Herewith I agree in case of a medical emergency with any necessary medical measure to the preservation of the health and to the rescue of the life

of my daughter / my son _____

My daughter / my son is born _____ in _____;

and lives in _____ / **Germany**.
(Place of residence, street, house number)

Phone number: _____

Herewith is every doctor obliged all necessary to act to restore the health of my child and to save his life.

Name of parents: _____

Street: _____

City: _____

Nationality: German

Phone: _____

Göllheim, Saturday, July, 1st, 2028

(Signature of a legal guardian)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler
Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim
Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

Z A T W I E R D Z E N I E

- Polska 2028 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 | D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

Niniejszym wyrażam zgodę na podjęcie wszelkich niezbędnych działań medycznych w przypadku nagłego wypadku medycznego w celu ochrony zdrowia i ratowania życia mojej córki/mojego syna _____.

Moja córka/mój syn urodził się/urodziła się _____ r.

w _____ i mieszka pod adresem _____/Niemcy.

(Miejsce zamieszkania, ulica, numer domu)

Numer telefonu: _____

Niniejszym oświadczam, że każdy lekarz jest zobowiązany do podjęcia wszelkich niezbędnych działań w celu przywrócenia zdrowia mojemu dziecku i uratowania mu życia.

Imię i nazwisko rodziców: _____

Ulica: _____

Miasto: _____

Narodowość: German

Telefon: _____

Göllheim, sobota, 1 lipca 2028 r.

(Podpis rodzica/opiekuna)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler

Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim

Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de