

Z U S T I M M U N G

- Schweden 2027 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

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

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, Freitag, 25. Juni 2027

(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

- Scandinavia 2027 -



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, Friday, June, 25th, 2027

(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