



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

(gem. DS-GVO) / Schweigepflichtsentbindung

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Datum: _____ Wohnort: _____
Tel.: _____ E-Mail: _____
Mobil: _____

Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befundberichte

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. med. M. Klein / Dr. med. K.-U. Oehler und Petra Kreienkamp erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

Bitte volle Adresse des Arztes bzw. der Einrichtung angeben!

<input type="radio"/> Kinderarzt/-ärztin Herrn / Frau Dr.	
<input type="radio"/> Hausarzt/-ärztin Herrn / Frau Dr.	
<input type="radio"/> sonstige Ärzte / Ärztinnen, Therapeuten/-innen	
<input type="radio"/> Klinik / Krankenhaus	
<input type="radio"/> Kindergarten/Schule	
<input type="radio"/> Jugendamt	
<input type="radio"/> Schulpsychologischem Dienst / Beratungslehrer	
<input type="radio"/> sonstige Personen	

Gleichzeitig sind hiermit die Mitarbeiter der genannten Einrichtung (-en) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis entbunden.
Besonderheiten:

Patient / Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter

Name in Blockschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ab 14 Lj. zusätzlich Unterschrift Jugendlicher: _____

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden!