



G E M E I N S C H A F T S P R A X I S

DR. MED. MARTIN KLEIN
Arzt für Neurologie
- Schmerztherapie -

DR. MED. KLAUS-ULRICH OEHLER
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie

PETRA KREIENKAMP
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wirsbergstr. 10 | 97070 Würzburg | TELEFON 0931 - 32 29 66 | TELEFAX 0931 - 32 29 68 8

Schweigepflichtsentbindung

(gem. Bundesdatenschutzgesetz) / 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 ggf. Telefonnummer des Arztes bzw. der Einrichtung angeben. !

Kinderarzt/-ärztin Herrn / Frau Dr. _____

Hausarzt/-ärztin Herrn / Frau Dr. _____

sonstige Ärzte / Ärztinnen, Therapeuten/-innen _____

Klinik / Krankenhaus _____

Kindergarten/Schule _____

Jugendamt _____

Schulpsychologischem Dienst / Beratungslehrer _____

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: _____