

Hiermit entbinde ich/entbinden wir (Kindsmutter/Kindsvater/Sorgeberchtigte/r)

_____ ,
die kinder – und jugendpsychiatrische Praxis Martina Skrotzki gegenüber folgender Stelle gegenseitig von
der Schweigepflicht bezogen auf die Diagnostik und Behandlung meines/unseres Kindes

geb: _____

Haus- bzw. Kinderarzt

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail Adresse:

Unterschrift Patient ab 14 Jahre

Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Hinweis: Diese Schweigepflichtentbindung ist jederzeit widerrufbar. Bisher durchgeführte von der Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.