

Hiermit entbinde ich (Kindsmutter/Kindsvater/Sorgeberechtigter/r)

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

geb: _____

Haus- bzw. Kinderarzt

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail Adresse:

Unterschrift Patient ab 14 Jahre

Datum

Unterschrift

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