

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/wir, **Sorgeberechtigte(r)** von

_____ **geboren am** _____
(Patient(in))

entbinde(n) hiermit Frau Dr. Etrich von der Schweigepflicht gegenüber u. g. Personen bzw. Institutionen und erkläre(n) mich/uns mit der Weitergabe erforderlicher Informationen einverstanden.

Zudem entbinde(n) ich/wir u. g. Personen bzw. Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber Frau Dr. Etrich und erkläre(n) mich/uns mit der Weitergabe erforderlicher Informationen einverstanden.

Darf Befundbericht erhalten:

Kinder- bzw. Hausarzt/-ärztin

ja nein

Therapeut(in)

ja nein

Lehrer(in)

ja nein

 ja nein

 ja nein

 ja nein

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift erkläre(n) ich/wir mein/unsere(r) Einverständnis. Falls zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der/die Patient(in) minderjährig ist und weitere Sorgeberechtigte nicht persönlich anwesend sind, wird mit Unterschrift bestätigt, dass diese mit der Entbindung von der Schweigepflicht ebenfalls einverstanden sind. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Sorgeberechtigte(r))

(Ort, Datum)

(Unterschrift Sorgeberechtigte(r))

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient(in))