



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie K. Werner Heuschen (inkl. aller MitarbeiterInnen) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen oder Einrichtungen:

Kindsmutter (Name, Vorname, Geburtsdatum: _____ _____
Telefon: _____
Vater (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____ _____
Telefon: _____

und erlaube **einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch** über meine Tochter / meinen Sohn / mich.

Patient:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Wohnhaft

Zugleich erkläre ich mich mit der Heranziehung aller Patientenunterlagen einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schweigepflichtentbindung auf dem elektronischen Weg (E-Mail, Fax) übermittelt werden darf. Über anderslautende datenschutzrechtliche Vorgaben wurde ich aufgeklärt.

Falls die elektronische Weiterleitung nicht erwünscht ist, bitte den Absatz streichen!

(Datum, Unterschrift des Patienten)