

Schweigepflichtentbindung

Als Sorgeberechtigte/-r von bzw. Patient

_____ geb. _____

wohnhaft _____

bin ich damit einverstanden, dass von der Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr. Brigitte Schmidtler in Straubing Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) bei folgenden Stellen eingeholt werden können bzw. weitergegeben werden dürfen, was nachfolgend genau aufgelistet wird.

Name	Ansprechpartner, Telefonnummer	Einholen / Weitergabe von...

Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen gemäß der Datenschutzverordnung streng vertraulich behandelt werden.

Diese Erklärung wird freiwillig durch mich abgegeben und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch mich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
bzw. des Patienten