

Schweigepflichtentbindung

Als Sorgeberechtigte/-r von bzw. Patient/in

_____ geb. _____

wohnhaft _____

bin ich damit einverstanden, dass von der Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr. Ernst Friedl in Straubing Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) zum Zwecke der Dokumentation, Diagnostik und Weiterbehandlung 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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/in