



Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes: Geb.:
(bitte in Druckbuchstaben)

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitenden der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu seiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeitenden zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Daten meines Kindes dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Kostenträger und mitbehandelnde Haus-/Kinderärzte oder Therapeuten übermittelt werden.

Hiermit entbinde ich Herrn Duda, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und seine Mitarbeiter/innen von der Schweigepflicht gemäß §203 StGB gegenüber:

- | | |
|---------|-----------|
| 1. | Tel. |
| 2. | Tel. |
| 3. | Tel. |
| 4. | Tel. |
| 5. | Tel. |

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte/r