

Schweigepflichtentbindung

(Einholung und Weitergabe von Informationen)

Ich bin / wir sind mit der Einholung und Weitergabe von Informationen (in mündlicher und schriftlicher Form) der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis von Herrn **Dr. med. Florian Schalkhauser**, einverstanden.

Dies betrifft das Kind / Jugendlichen:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift des Patienten (abweichend vom Wohnort der Sorgeberechtigten oder gesetzlicher Vertreter):		

Und bezieht sich auf aufgeführte Ärzte / Psychologen / Einrichtungen:

Name, Straße, PLZ, Ort:	Faxnummer:	Anforderung wird erledigt von:	
		Büro	Psychologe

Informationsaustausch per Mail/Fax erlaubt

0 ja:

0 nein:

Ich wurde / wir wurden unterrichtet, dass jegliche Patientendaten und -akten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, und somit alle Angaben streng vertraulich bearbeitet werden.

Regensburg, den

X _____

Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreters