

Einverständniserklärung

Zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß §203 Strafgesetzbuch

Auftraggeber der Untersuchung: _____

Anlass der Begutachtung: _____

Für mein Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Anlass:

Ich entbinde die mein Kind behandelnden Ärzte sowie ärztliche und nicht-ärztliche Institutionen gegenüber den Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Altenburg von der Schweigepflicht.

Behandelnde Ärzte

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Krankenhaus / Institution

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

SPZ (Medizin, Psychologie, Therapie)

Name:

Anschrift:

Die Entbindung gilt nur im Rahmen des oben genannten Anlasses.

(Name, Vorname)

Vater Mutter Betreuer/in

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift, ggf. Betreuer/in bzw. bei Minderjährigen des Sorgeberechtigten