



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

(gem. DS-GVO)

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Datum: _____ Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Mobil: _____

Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befundberichte

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die meditz GmbH MVZ erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

<input type="radio"/> Kinderarzt/-ärztin Herrn / Frau Dr.	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> Hausarzt/-ärztin Herrn / Frau Dr.	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> sonstige Ärzte / Ärztinnen, Therapeuten/-innen	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> Klinik / Krankenhaus	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> Kindergarten/Schule	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> Jugendamt	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> Schulpsychologischem Dienst / Beratungslehrer	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	
<input type="radio"/> sonstige Personen	Name: _____	Tel.: _____
	Adresse: _____	

Gleichzeitig sind hiermit die Mitarbeiter der genannten Einrichtung (-en) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der meditz GmbH entbunden.

Besonderheiten:

Patient / Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter

Name in Blockschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ab 14 Lj. zusätzlich Unterschrift Jugendlicher: _____

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden!