

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeiter(innen) der Praxis Steuer die für die (Weiter-)Behandlung relevanten personenbezogenen Daten meines Kindes mit den nachfolgend genannten Personen / Stellen austauschen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

<input type="checkbox"/>	Arzt / Ärztin	Name:
<input type="checkbox"/>	Jugendamt	Name:
<input type="checkbox"/>	Therapeut / Therapeutin	Name:
<input type="checkbox"/>	Schule	Name:
<input type="checkbox"/>	Sonstige	Name:
<input type="checkbox"/>	Sonstige	Name:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich gegenüber der KJP-Praxis Steuer widerrufen kann.

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)