

Geltungsbereich:

Name, Vorname, geb. des Kindes
Anschrift

Name, Vorname, geb. des Sorgeberechtigten
Anschrift

Name, Vorname, geb. des Sorgeberechtigten
Anschrift

Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung

Als Sorgeberechtigte des oben genannten Kindes entbinde ich / entbinden wir die Mitarbeiter des MVZ Klinikum Kemptens, Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis im MVZ Klinikum Kempten, in der Robert-Weixler-Str. 48a, 87439 Kempten von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

(Name, Funktion und Telefonnummer angeben)

Die Schweigepflichtentbindung dient folgendem Zweck:

- _____

- _____

- _____

- _____

Ich wurde / wir wurden in geeigneter Weise durch mündliche Erläuterungen über die Bedeutung meiner Einwilligung informiert. Die Erteilung der Schweigepflichtentbindung erfolgt freiwillig. Ich kann / wir können die Einwilligung verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen. Wenn Sie die Einwilligung widerrufen möchten, senden sie den Widerruf bitte an MVZ Klinikum Kempten, Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis

Die Schweigepflichtentbindung verbleibt im MVZ Klinikum Kempten in der Patientenakte. Eine Kopie habe ich / haben wir erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift Sorgeberechtigter
-----	-------	--------------------------------

Ort	Datum	Unterschrift Sorgeberechtigter
-----	-------	--------------------------------

Ort	Datum	Unterschrift Sorgeberechtigter
-----	-------	--------------------------------