

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient: _____

Geboren: _____

Adresse: _____

Mutter/ Vater: _____

Ich willige hiermit ein, dass die gesamte bisherig geführte Patientenakte mit allen Behandlungsunterlagen meines Kindes aus der Praxis von Frau Dr. med. Andrea Wagner an die Nachfolgerin Frau Jenny Gössel, FÄ für Kinder- und Jugendmedizin übernommen und weitergeführt werden kann.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift

Dok.- Nr.:		Version:				Seite 1 von 2
Erstellung durch/am:		Prüfung durch/am:		Freigabe durch/am:		