

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Hiermit entbinde ich/ entbinden wir als Sorgeberechtigte Frau Dr. Duketis sowie die Mitarbeitenden der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die unten aufgeführten Personen, Einrichtungen und Stellen gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Name/Institution

Name/Institution

Name/Institution

Unterschriften des/der Sorgeberechtigten

1. Sorgeberechtigte/r

Name

Ort, Datum

Unterschrift

2. Sorgeberechtigte/r

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen kann; Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.