

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Praxis Wunkelbüh

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fr. Dr. med. Ines Mandler



nach § 73 Abs. 1 b SGB V zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden:

Für _____, geboren am _____

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

Beiden Eltern Mutter Vater Sonstigen: _____

Ich stimme der wechselseitigen Schweigepflichtentbindung für die Mitarbeiter der Praxis Wunkelbüh zu den nachfolgenden Institutionen/Bezugspersonen zum Zwecke der Dokumentation und Behandlung des Patienten zu. Zudem erkläre ich mich in diesem Zusammenhang auch mit dem Austausch von Briefen und Befunden per E-Mail einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ja	Nein		Telefon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderarzt/Hausarzt	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schule	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klinikschule	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klinik	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugendamt	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapie	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderheim St. Clara, Gundelfingen a.d.Donau	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)