



Schweigepflichtentbindung

Patientenname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich erteile untenstehenden Personen eine Schweigepflichtentbindung, für die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Ulrike Lange (Sachsenwerkstraße 71, 01257 Dresden).

Die Schweigepflichtentbindung berechtigt dazu (nicht zutreffendes streichen):

- Behandlungsdaten/Befunde meines o.g. Kindes zu besprechen
- _____ (sonstiges)

Name des/der Bevollmächtigten

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Schweigepflichtentbindung abzugeben und dass ich diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Schweigepflichtentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Vollständiger Name, Datum und Unterschrift der Mutter/ des Sorgeberechtigten:

Vollständiger Name, Datum und Unterschrift des Vaters/ des Sorgeberechtigten: