
Name des Kindes / Jugendlichen

geboren am

Mutter: Name, Vorname

Vater: Name, Vorname

Wir entbinden alle Mitarbeiter/innen der Praxis Köchling und nachstehend genannte Personen / Institutionen gegenseitig von der Schweigepflicht zwecks wechselseitigen Austauschs von behandlungsrelevanten Informationen und Daten zu o.g. Kind/Jugendlichen:

1.

2.

3.

4.

5.

6.☐

Zum Befundaustausch und Beratung

☐

Zur Übermittlung eines Kurzberichts

☐

Zur Übermittlung eines ausführlichen Arztbriefes

Mit der Übermittlung der Berichte/des Berichtes über elektronische Medien und/oder per Fax sind wir einverstanden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

Vater: Ort, Datum, Unterschrift