

Schweigepflichtsentbindung Patient

Name des Patienten: _____ Düsseldorf, den _____

Hiermit entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter/innen der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dres. med. Nasser/Theill und Michels bis auf schriftlichen/persönlichen Widerruf von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass diese zur Diagnose und Therapie über meine Person, Auskunft einholen und erteilen dürfen, (per E-Mail, Fax und Telefon) bei:

Eltern:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

Therapeuten: (Psycho-/ Ergo-/ Sprach-):

Name Praxis:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

Schule:

Name der Schule:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

Sonstige:

Name:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

Sonstige:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

Unterschrift des Patienten