

# Schweigepflichtsentbindung Patient

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter/ innen der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. Nasser/ Dr. Theill/ Dr. Borsbach/ Dr. 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, bei:

## Eltern:

eMail  Fax  telefonisch

Name: \_\_\_\_\_

## Institutionen

eMail  Fax  telefonisch

Institution: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Faxnr./Telefonnr.: \_\_\_\_\_

## Anderen Personen:

eMail  Fax  telefonisch

Name: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Telefonnr./Faxnr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten)