

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem
Postfach 100 363
03003 Cottbus

Sozialpädiatrisches Zentrum
Chefarzt: PD Dr. med. habil. G. Schwabe
Tel.: 0355-462445/ FAX: 0355-462552
E-Mail: infospz@mul-ct.de

Schweigepflichtentbindung

(Name Kind/Jugendlicher)

geboren am _____ (TT.MM.JJJJ), wohnhaft in

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Hiermit entbinde ich

(Inhaber der elterlichen Sorge)

folgende Mitarbeiter der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem

(Name, Funktion)

und

(Name, Institution)

gegenseitig von der Schweigepflicht und gestatte ihnen, folgende Informationen

(z.B. Informationen zum Behandlungsverlauf, Diagnosen, fachliche Stellungnahmen, Sozialpädiatrischer Brief vom N.N.)

zu folgendem Zweck

(z. B. Nachbehandlung, Information der Schule, Durchführung der Diagnostik, Abrechnung)

weiterzugeben. Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ich wurde auf die Folgen einer Verweigerung der Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht hingewiesen.

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte