



Praxis für Kinder- &
Jugendpsychiatrie
Tim Güntzel

Schweigepflichtentbindung

(gem. DSGVO)

Patient*in

Name, Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch **KJP Bamberg – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie** erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

☐ Kinderarzt*ärztin Telefon _____

Name _____ Adresse _____

☐ Hausarzt*ärztin Telefon _____

Name _____ Adresse _____

☐ Klinik/Krankenhaus Telefon _____

Name _____ Adresse _____

☐ Kindergarten/Schule Telefon _____

Name _____ Adresse _____

☐ Jugendamt Telefon _____

Name _____ Adresse _____

☐ schulpsych. Dienst/(Beratungs-)Lehrer*in Telefon _____

Name _____ Adresse _____

☐ sonstige Person Telefon _____

Name _____ Adresse _____

Gleichzeitig entbinde ich hiermit die Mitarbeitenden der genannten Einrichtung(-en) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der KJP Bamberg – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

☐ Ich möchte KEINE Kontaktaufnahme und Übersendung ärztl. Befundberichte an meine haus-/kinderärztliche Praxis

Datum _____ Unterschrift _____

(Sorgeberechtigte Person bzw. gesetzliche Vertretung)