

## Schweigepflichtserklärung (Seite 1 von 1)

### Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung und zum Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

#### Patient

Name, Vorname (Kind / Jugendlicher): .....

Geburtsdatum:.....

Wohnhaft in:.....

Als Sorgeberechtigte/r des o.g. Kindes entbinde/n ich/wir hiermit die Praxis Dr. Katja Wucherer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber (bitte ankreuzen und Namen einfügen):

Kinderarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.: .....

Hausarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.: .....

Sonstige Ärzte/Arztinnen:.....

Therapeut/-in: .....

Klinik/Krankenhaus: .....

Kindergarten: .....

Herkunftsschule: .....

Schule für Kranke:.....

Jugendamt:.....

Schulpsychologischen Dienst/Beratungslehrer:.....

Sonstige Person: .....

und vorbezeichnete Person/Einrichtung wechselseitig von deren Schweigepflicht gegenüber der Praxis Dr. Katja Wucherer, damit die Praxis

- Vorinformationen und Berichte anfordern und von den o.g. Stellen erhalten darf
- an die genannten Stellen Informationen, Daten und Berichte weitergeben darf, soweit diese für Förder- und Hilfsmaßnahmen benötigt werden.

Ich/wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass die für die Behandlung des Patienten erhobenen Behandlungsdaten und Befunde von der Praxis Dr. Katja Wucherer zum Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und genutzt werden.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.

.....  
(Name/n des/der Sorgeberechtigten)

....., den .....

Ort, Datum

.....  
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)