

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit willige(n) ich/ wir,

Name: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass die personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) meines/unseres Sohnes, meiner/unserer Tochter, des Mündels, oder meine (ab 18. Lebensjahr)

(Name, Vorname)

(Geb. Datum)

über die Behandlung bei C.-H. Ostermann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Möhlstraße 26, 51069 Köln, und dessen Mitarbeiterinnen
(zutreffendes bitte unterstreichen)

C.-H. Ostermann

T. Meusel

J. Reber

C.-A. Wiedemann

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

Nachfolgend sollen die Austauschpartner NAMENTLICH genannt werden:

die/den einweisende(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift)

weitere Ärzte / Therapeuten (Name/Anschrift)

Schule (Name/Anschrift)

Kindergarten (Name/Anschrift)

Vor- und weiterbehandelnde Institutionen (Name/Anschrift)

Jugendamt (Name/Anschrift)

Sonstige (Name/Anschrift)

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen, formlos widerrufen werden. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten