

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

.....
Vorname Sorgeberechtigter

.....
Nachname

.....
geboren am

das MVZ Eben-Ezer von der Schweigepflicht bezüglich meines Kindes:

.....
Vorname Patient

.....
Nachname

.....
geboren am

gegenseitig gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen:

.....
.....
.....

.....
Ansprechpartner

.....
Telefonnummer

Einverständniserklärung

Ja, wir sind damit einverstanden, dass die betrauten MitarbeiterInnen der Praxis zu den oben genannten Personen/Institutionen unter Beachtung des Datenschutzes Kontakt aufnehmen dürfen bzw. entsprechende Unterlagen anfordern und/oder austauschen dürfen.

Einwilligung

Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie hier: <https://www.eben-ezer.de/datenschutz.html>

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte drucken Sie das Formular aus und bringen es zu Ihrem nächsten Termin mit.
Alternativ können Sie uns das Formular schicken.
Es sind nur Unterschriften im Original gültig. Vielen Dank.