



Schweigepflichtentbindung

Betrifft: Name des Kindes: _____, geb. am: _____

Erziehungsberechtigte/r des Kindes:

Name, Vorname: _____, geb. am: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Behandlungsdokumentationen, Diagnosen, Bilddokumentationen, Formulare, Rechnungen etc.) allen Ärzten und Mitarbeitern des KiM (Kinderärzte im Medicum, Schwachhauser Heerstr. 50, 28209 Bremen) zugänglich sind, sofern dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an mitbehandelnde Dritte (z.B. Krankenhäuser, Fachärzte, Therapeuten) übermittelt werden. Weiterhin dürfen die Daten von den mit unserer Praxis zusammenarbeitenden Laboren mit genutzt werden.

Diese Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung kann von mir jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ich stimme zu, dass die medizinischen Daten meines Kindes an folgende Ärzte bzw. Institutionen übermittelt werden dürfen und entbinde Dr. Querfurt und seine Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber diesen genannten Personen / Institutionen:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r