

Schweigepflichtsentbindung

Name, Adresse und Tel. des/der Personensorgeberechtigten

Name und Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen

-
- Die ersten Einschätzungen am Ende des Erstgesprächs werden auf einem Formular (PTV11) dokumentiert. Ich entbinde Frau Cordshagen-Fischer von der Schweigepflicht und wünsche die Zusendung dieses Formulars an unseren Hausarzt/Facharzt mit folgender Adresse:

Name des Arztes/ der Ärztin:

Praxisadresse:

-
- Ich wünsche keine Zusendung des Formulars an Mitbehandler.

Unterschrift (aller Sorgenberechtigten)
Hamburg/Wedel, den
