

Dr. med. Michaela Muellerpoths
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Obertorstrasse 10
36381 Schlüchtern
Tel. 06661/ 6054100
muellerpoths@kinderarzt-kinzigtal.de
www.kinderarzt-kinzigtal.de



Schweigepflichtentbindung

Patientenname, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten/Befunde meines o.g. Kindes

- durch meinen behandelnden Arzt an Frau Dr. Michaela Muellerpoths zu Weiter- oder Mitbehandlungs- sowie Dokumentationszwecken übermittelt werden.
- durch Frau Dr. Michaela Muellerpoths an weiterbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten oder Institutionen zu Weiter- oder Mitbehandlungs-sowie Dokumentationszwecken übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Schweigepflichtentbindung abzugeben.

Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Schweigepflichtentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde inne habe. Im Falle möglicher datenschutzrechtlicher Verstöße können Sie sich an unsere praxiseigenen Datenschutzbeauftragte per Post, Fax oder eMail(muellerpoths@kinderarzt-kinzigtal.de) oder an die zuständige Landesbehörde in Hessen wenden (Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden, siehe auch: datenschutz.hessen.de)

Datum Unterschrift der Mutter / Erziehungsberechtigten

Datum Unterschrift des Vater / Erziehungsberechtigten