

Einwilligungserklärung für die Behandlung Minderjähriger ohne oder in Begleitung von entfernten Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen

Patient:

Name, Vorname, Geb.-Datum

Ist es erlaubt, alleine/begleitet durch _____ den Termin in der Praxis Dr. med. Thomas Zink, Dr. med. Thomas Betten, Dr. med. Jan-Henning Lemke und Prof. Dr. Katrin Eysel-Gosepath wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang entbinde ich die behandelnden Ärzte sowie die Medizinischen Fachangestellten der Praxis, von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies betrifft im Einzelnen:

- () Preisgabe der erhobenen medizinischen Befunde, Berichte und Laborwerte
- () Herausgabe von Rezepten, Überweisungen und anderen Bescheinigungen

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r