

Schweigepflichtsentbindung

Name, Adresse und Tel. des/der Personensorgeberechtigten

Name und Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen

- Die ersten Einschätzungen am Ende des Erstgesprächs mit der Ambulanzleitung der VTFAW werden auf einem Formular (PTV11) dokumentiert. Ich entbinde die Ambulanzleitung 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 den behandelnden Arzt.

Unterschrift (aller Sorgeberechtigten)
Hamburg, den

Seiten 1 von 1