



Befundanforderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Sie freundlich bitten, uns die bei Ihnen vorliegenden Befunde unseres Patienten per Fax an die Nummer 0961/303 13339 zu senden. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team Sozialpädiatrisches Zentrum

Name des /der Erziehungsberechtigten

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Schweigepflichtentbindung

über mein / unser Kind,

 Name und Vorname des Kindes, Geb.-Datum

Hiermit erteile ich / erteilen wir folgenden Personen / Institutionen

und den Mitarbeitern des SPZ Weiden eine wechselseitige Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Diese gilt für

- die Erteilung telefonischer oder persönlicher Auskünfte
- die Übermittlung von Dokumenten

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt in der Akte des Kindes im SPZ Weiden. Die Eltern sind berechtigt, sie jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r