

Liebe Eltern,

Bisher wurde Ihr Kind in der Kinderarztpraxis von Dr. Döring in Bietigheim betreut. Sie haben sich entschieden, dass die weitere Behandlung durch unsere Praxis erfolgen darf.



Aus juristischen Gründen ist es notwendig, dass Sie folgende Erklärung abgeben, damit unsere Medizinischen Fachangestellten und Ärzte die alten Karteikarten und Befunde Ihres Kindes einsehen können:

**Betrifft:**

Patientenname/n: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patientenname/n: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patientenname/n: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patientenname/n: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name/n der Eltern: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich erlaube mit meiner Unterschrift, dass die Mitarbeiter der Praxis Dr. Oliver Harney und Dr. Eva Verstege Einsicht nehmen dürfen in die Befunde und Karteikarte meines o.g. Kindes / meiner o.g. Kinder aus der Kartei des vorigen Kinderarztes Dr. Döring.

Hiermit entbinde ich Herrn Dr. Döring von der Schweigepflicht gegenüber Herrn Dr. Oliver Harney und Frau Dr. Eva Verstege.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen.

Bietigheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_

(mit dieser Unterschrift erkläre ich die Einverständnis für das entsprechende andere Elternteil)