

**Medizinisches Versorgungszentrum
am Waldschlößchen GmbH
Louis-Braille-Straße 5
01099 Dresden**

*Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie*

*Psychologische Psychotherapie
(Verhaltenstherapie)*

*Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie*

Geschäftsführer Klaus Dilcher
Ärztliche Leitung Martina Rudolph

Telefon 0351- 44832021
Fax 0351-44832020
info@mvz-waldschloesschen.de

Schweigepflichtentbindung und Vorbefundanforderung

Name /Vorname der/des Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde/n ich/wir das Medizinische Versorgungszentrum am Waldschlößchen GmbH von der gesetzlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Vorbereitung, Durchführung meiner Behandlung und zum Erreichen des Behandlungsziels gegenüber untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen.

Gleichzeitig willige/n ich/wir ein, dass das Medizinische Versorgungszentrum am Waldschlößchen GmbH, die Verwaltungsmitarbeiter*innen und alle therapeutischen Mitarbeiter*innen die vorhandenen Vorbefunde und Berichte von den untenstehenden aufgeführten Personen bzw. Institutionen anfordert bzw. schriftlich und mündlich vollumfänglich Informationen von diesen Personen bzw. Institutionen wechselseitig einholen und versenden darf.

- Schule/Kindergarten: _____
- amb. Psychotherapie: _____
- Kinderarzt: _____
- Krankenhaus: _____
- Jugendamt: _____

Hinweis:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ich bin/wir sind über die dargestellten Vereinbarungen zur Schweigepflicht und zur Anforderung von Vorbefunden ausführlich informiert worden und stimmen diesen Regelungen ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Sorgeberechtigte/r

Sorgeberechtigte/r