

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON REZEPTEN UND VERORDNUNGEN

Hiermit willige(n) ich/wir,

Name: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass

- Rezepte (BTM ausschließlich Abholung in der Praxis)
- Überweisungen
- Verordnungen
- _____
- _____

unseres Sohnes, unserer Tochter, meines Mündels

an

- Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen) _____

- Mitarbeiter der Wohngruppe (bitte Namen einsetzen) _____

- _____

- übermittelt/übersendet werden dürfen
- von diesen abgeholt werden dürfen. (**Aufgeführte Personen müssen sich bei Abholung ausweisen können!**)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten