

## Einverständniserklärung zur Weitergabe personenbezogener und gesundheitsbezogener Daten an Dritte:

---

Name, Vorname des Patienten/der Patientin

---

Adresse

---

Kontaktmöglichkeit (z.B. Telefon, E-Mail)

Ich erteile hiermit der Praxis Dr. Linck (Priv.-Doz. Dr. med. Bettina Linck, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie) mein Einverständnis dazu, dass die obigen Daten meiner Tochter/meines Sohnes an:

**O Kinderarzt/ -ärztin; Hausarzt/-ärztin: Name, Ort:**

**O Kinder- u. Jugendpsychotherapeut/in: Name, Ort:**

**O Klassenlehrer/in: Name, Ort:**

**O Jugendamt: Name, Ort:**

**O Sonstige: Name, Ort:**

**zum Zweck der Kontaktaufnahme, Kommunikation, Besprechung von Befunden, gesundheitsbezogenen Daten oder anderer Kommunikation weitergegeben werden und/oder eingefordert werden dürfen.**

Dieses Einverständnis kann ich gegenüber der Praxis Dr. Linck jederzeit - ohne Angabe von Gründen - insbesondere auf einem der oben beschriebenen Wege widerrufen.

Borken, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

---

Unterschrift Patient/in ab dem 14. LJ