

Dr. (H) Marion Raitzig

Fachärztin
Psychiatrie - Psychotherapie
Kinder - Jugendliche - Erwachsene

Brühlstr. 14
32423 Minden
Tel 0571/21849, Fax 0571/21813

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden,

dass Frau Dr. (H) Marion Raitzig, bzw. die therapeutischen MitarbeiterInnen der Praxis, sich über meinen Gesundheitszustand / den Gesundheitszustand meines Kindes und über bisherige bzw. geplante Behandlungsmaßnahmen mit folgenden Personen / Stellen austauschen bzw. beraten dürfen:

Besondere Vereinbarungen:

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit **schriftlich** widerrufen kann.

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten (ab 15 Jahre): _____

_____ bei minderjährigen Patienten Unterschriften **aller** sorgeberechtigter Personen