

Hiermit bestätige ich meine Kenntnisnahme der mir vorgelegten Datenschutz-Richtlinien.

Für nachfolgend genanntes Kind:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Name der Mutter:

Name des Vaters:

bin ich/ sind wir mit E-Mail-Kontakt einverstanden.

- E-Mail:

darf folgende Person über den Gesundheitszustand Auskunft erhalten.

.....

dürfen folgende Personen Verordnungen, Befunde, Rezepte abholen.

.....

.....

bin ich/ sind wir mit der Übermittlung von Befunden/Berichten einverstanden.

- Empfänger und Fax:

- Empfänger und E-Mail:

bin ich/sind wir mit telefonischem u./o. schriftlichem Kontakt einverstanden.

- Einrichtung/Person:

Annaberg-B., den

Unterschrift des Sorgeberechtigten

