

Postanschrift: Kreis Gütersloh • 33324 Gütersloh

**Erklärung nach dem Datenschutzgesetz / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Familienname, Vorname	Geburtsdatum
-----------------------	--------------

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in dem zu erstellenden Gutachten erhobenen Untersuchungsergebnisse, die Diagnose und die Beurteilung und bei begründeten Zweifeln, die vom Auftraggeber darzulegen sind, auch Einzelbefunde dem Auftraggeber übersandt werden.

Mir ist bekannt, dass diese Daten in der Abteilung Gesundheit in einer ärztlichen Untersuchungsakte festgehalten werden.

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ich bin der deutschen Sprache ausreichend mächtig und habe den Inhalt der vorstehenden Erklärung verstanden.

Nichtzutreffendes bitte streichen!

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Bei Minderjährigen:**

Ich gebe diese Erklärung, soweit erforderlich, auch im Name der / des sonstigen Personensorgeberechtigten ab.

\_\_\_\_\_ Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten