

## **Einverständniserklärung zur Einholung von Befunden sowie zur Weiterleitung von Befunden an weiterbehandelnde Ärzte**

Hiermit erkläre ich bis auf Widerruf mein Einverständnis zur Einholung von Vorbefunden meines Kindes, sowie von Befunden veranlasster Untersuchungen durch die Ordination

**Mag. Dr. Veit Krösslhuber & Dr. Andreas Totschnig.**

Ich bin damit einverstanden, dass sowohl die Ordination Mag. Dr. Veit Krösslhuber als auch die Ordination Dr. Andreas Totschnig die Patientenkartei und die Befunde gemeinsam verwenden.

Ich bin auch bis auf Widerruf damit einverstanden, dass jene Befunde an meine weiterbehandelnden Ärzte weitergeleitet werden.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich habe diese Erklärung gelesen und verstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift