

Kinderarztpraxis Kloster Lehnin  
Dr. med. Michaela Lütge  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Kurfürstenstr. 29  
14797 Kloster Lehnin

**Patientenname:** \_\_\_\_\_, **geb. am** \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte:**

Beide Eltern (zusammenlebend O, getrennt lebend O), Mutter O, Vater O, gesetzlicher Vormund O

**Mutter**

Name: \_\_\_\_\_, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Vater**

Name: \_\_\_\_\_, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Vormund**

Name: \_\_\_\_\_, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer des Patienten (soweit vorhanden): \_\_\_\_\_

---

**Behandlungszustimmung:**

Ich bin darüber informiert, dass die Praxis von Herrn Dr. Tong Luna zum 01.07.2022 auf Frau Dr. Michaela Lütge übergegangen ist.

Ich willige hiermit ein, dass Frau Dr. Lütge Einsicht in die bisherige Akte (elektronisch und Karteikarte) meines Kindes nehmen darf und bin mit der Weiterbehandlung meines Kindes durch Frau Dr. Lütge einverstanden.



\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten**

---

**Verarbeitung personenbezogener Daten:**

Ich/ wir sind damit einverstanden, dass meine/ unsere Daten und die Daten des Kindes gemäß den Vorgaben der EU- Datenschutzgrundverordnung gespeichert und verarbeitet werden.



\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum; Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten**

Widerrufshinweis: Alle oben unterschriebenen Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit in Teilen oder gesamt widerrufen werden.