



## Schweigepflichtsentbindung

Name (Patient/-in): \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Bitte aktuelle **Telefonnummern** der Hauptbezugspersonen angeben:

Jugendlicher (Handy): \_\_\_\_\_ Mutter : \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ Betreuer: \_\_\_\_\_ weitere Nr.: \_\_\_\_\_

Ich / Wir entbinden die schweigepflichtigen MitarbeiterInnen der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxisgemeinschaft von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Personen und umgekehrt diese Personen gegenüber der Praxisgemeinschaft. Diese Entbindung gilt auch zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Institution	Name des Ansprechpartners	Telefonnummer
<b>Haus- / Kinderarzt:</b>		
<b>Schule / Kindergarten:</b>		
<b>OGS:</b>		
<b>Jugendamt:</b>		
<b>Sprach- / Ergotherapie:</b>		
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie: (Praxis oder Klinik)</b>		
<b>Sonstige (z.B. Großeltern)</b>		

Bitte geben Sie uns möglichst auch die **Telefonnummer** der Ansprechpartner an!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/ Volljährige

\_\_\_\_\_  
Jugendliche/r (ab 14 Jahre)