



Schweigepflichtsentbindung

Name (Patient/-in): _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bitte aktuelle **Telefonnummern** der Hauptbezugspersonen angeben:

Jugendlicher (Handy): _____ Mutter : _____

Vater: _____ Betreuer: _____ weitere Nr.: _____

E-Mail: _____

Ich / Wir entbinden die schweigepflichtigen MitarbeiterInnen der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxisgemeinschaft von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Personen und umgekehrt diese Personen gegenüber der Praxis. 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
Haus- / Kinderarzt:		
Schule / Kindergarten:		
OGS:		
Jugendamt:		
Sprach- / Ergotherapie:		
Kinder- und Jugendpsychiatrie: (Praxis oder Klinik)		
Sonstige (z.B. Großeltern)		

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

Ort, Datum

Sorgeberechtigte/Volljährige

Jugendliche/r (ab 14 Jahre)