

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Als Sorgeberechtigte(r) /
Vormund entbinde ich,

für mein Kind/
mein Mündel:
(Name Patient) (Geburtsdatum)

.....
(Anschrift Patient)

die Mitarbeiter der Praxis KIJUPPS und nachstehend genannte Personen (bitte Namen angeben) gegenseitig von der Schweigepflicht, zwecks wechselseitigen Austausches von therapierelevanten Informationen und Daten über mein Kind/Mündel:

- behandelnder Arzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiater/in

Name:

- Klassenlehrer/in, Erzieher/in der Kita (o.ä.)

Name:.....

- andere behandelnde Therapeuten (z.B.: Logopäden, Physiotherapeuten...)

Name:.....

- Jugendamt

Name:.....

- Sonstige Person/Einrichtung:

Name:.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.