

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter:Innen der Praxis KJP RÜ von der wechselseitigen Schweigepflicht gegenüber u.g. Personen/Institutionen und erkläre mich einverstanden, dass über mein Kind

Name u. Geburtsdatum: _____
zum Zwecke der Diagnostik und Therapieplanung- sofern sinnvoll und Sie einverstanden sind- Informationen bei den u.g. Stellen eingeholt und weitergegeben werden dürfen.
Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Haus- und Kinderarzt (Name):

Weitere Ärzte / Therapeuten (Name):

Schule/ Kindergarten (Name + Ansprechpartner)

Jugendamt (Ansprechpartner)

Weitere

Essen, den _____

Unterschrift(en) der / des Sorgeberechtigten _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten _____