

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

Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes

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

Versand von Arztbriefen und Abschlussberichten

Arztbriefe und Abschlussberichte werden standardmäßig an folgende Personen versendet. Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis:

Ich bin einverstanden, dass Berichte an den/die Sorgeberechtigte/n (Meldeadresse des Kindes) versendet werden.

Ich bin einverstanden, dass Berichte standardmäßig an den Haus- und Kinderarzt versendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der / des Sorgeberechtigten

Unterschrift der Patientin / des Patienten