

Schweigepflichtsentbindung

Liebe Eltern,

Sie erleichtern uns die Arbeit und unterstützen damit die Behandlung Ihres Kindes, wenn Sie uns schon jetzt eine Schweigepflichtentbindung gegenüber dem Hausarzt / Kinderarzt erteilen, damit dieser nach Abschluss von Diagnostik und Therapie einen Bericht erhalten kann. Darüber hinaus ist oft auch ein Austausch mit weiteren Helfersystemen erforderlich, der nur bei Vorliegen einer gültigen Schweigepflichtsentbindung möglich ist.

Hiermit entbinden wir als Sorgeberechtigte von

.....
Name, Vorname des Patienten

.....
Geburtsdatum

Frau Dr. med. Almut Konrad und ihre Mitarbeiter in der Praxis der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen zum gegenseitigen schriftlichen, mündlichen und telefonischen Informationsaustausch:

Hausarzt:

Kinderarzt:

Psychotherapeut:

Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Klinik:

Schule:

Jugendamt:

Sonstige:

.....
(Bitte eintragen, wer einen Bericht erhalten darf bzw. mit wem ein Informationsaustausch erfolgen darf.

Uns ist bekannt, dass wir diese Schweigepflichtentbindung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen können.

Bad Salzungen, den

.....
Unterschrift **aller** gesetzlich Sorgeberechtigten