

## Entbindung von der Schweigepflicht

Als Sorgeberechtigte/r von

**Patient** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

entbinde/n ich/ wir die Praxis für Kinder - und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Binz von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber und im gegenseitigen Austausch:

- Kinder-/ Hausarzt / Facharzt: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: \_\_\_\_\_
- Logopädie: \_\_\_\_\_
- Jugendamt: \_\_\_\_\_
- Klinik: \_\_\_\_\_
- Beratungsstelle: \_\_\_\_\_
- Kindergarten: \_\_\_\_\_
- Schule: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgende Personen Rezepte/Verordnungen abholen und/oder Termine vereinbaren dürfen:

- Name: \_\_\_\_\_

Mir/ uns ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(rechtsverbindliche Unterschrift)

**Bei Unterschrift eines Elternteils wird das Einverständnis des anderen vorausgesetzt!**