

Entbindung von der Schweigepflicht

Als Sorgeberechtigte/r von

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: _____

Erzieher/in _____ Kindergarten: _____

Klassenlehrer/in _____ Schule: _____

andere: _____

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

Name: _____

(Bitte NICHT die Namen der Eltern/Sorgeberechtigten eintragen)

Hiermit verpflichte ich mich, den anderen Elternteil über die Schweigepflichtentbindung zu informieren.

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

(Ort, Datum)

(rechtsverbindliche Unterschrift)