

Schweigepflichtentbindung

Als Sorgeberechtigte(r) / Vormund entbinde ich _____

für mein Kind/ mein Mündel:

(Name Patient/in)

(Geburtsdatum)

(Anschrift Patient/in)

die Kinder- und Jugendpsychiaterin **Frau Dr. Marilen Krier** und nachstehend genannte Personen/Institutionen gegenseitig von der Schweigepflicht, zwecks wechselseitigen Austausches von therapierelevanten Informationen und Daten über mein Kind/Mündel:

- behandelnde(r) Arzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiater/in

- Klassenlehrer/in, Erzieher/in der Kita (o.ä)

- andere behandelnde Therapeuten (Logopäden, Physio-, Ergotherapeuten)

- Jugendamt

- Sonstige Personen/Einrichtungen

Eine bereits erteilte Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift