

## Schweigepflichtsentbindung

**Name PatientIn:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Bitte **aktuelle** Telefonnummern der Hauptbezugspersonen angeben:

Jugendliche/r: \_\_\_\_\_ Eltern: \_\_\_\_\_

Vormund: \_\_\_\_\_ BetreuerIn: \_\_\_\_\_

Ich/Wir entbinden die schweigepflichtigen MitarbeiterInnen der kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis Löwenherz von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Personen und umgekehrt diese Personen gegenüber der Praxis. Diese Entbindung gilt auch zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden. Die Einwilligung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Institution	Name	Telefon
<b>Haus-/Kinderarzt/-ärztin</b>		
<b>Schule/Kindergarten</b>		
<b>OGS</b>		
<b>Jugendamt</b>		
<b>Familienhilfe etc.</b>		
<b>Wohngruppe</b>		
<b>Sprach-/Ergo- /Physiotherapie</b>		
<b>Sonstige</b>		

**Bericht geht an:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift :** \_\_\_\_\_

**Name der/des Unterzeichnenden** \_\_\_\_\_