

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Schweigepflichtsentbindung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die **Praxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie**
Lucia Pieper
Gelderner Str. 45, 47661 Issum
Tel.: 02835-4453810 ♦ Fax: 02835-4453818

wechselseitig Informationen mit folgenden Personen / Stellen austauschen darf:

1. Haus- / Kinder- / Facharzt bzw. Kliniken:

2. Jugendamt / Jugendhilfe / Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH):

3. Therapeuten (Ergo / KG / Psychotherapeuten):

4. Kindergarten / Schule / Hort:

5. Andere:

Ort, Datum

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten
Unterschrift des Vormundes

Unterschrift des Patienten (ab 14. Lebensjahr)

Die Gültigkeit bleibt solange bestehen, bis diese von einem der Unterzeichner widerrufen wird!