



Schweigepflichtsentbindung

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum (**Kind**)

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis
Stephanie Hübbers-Kohlhaas Informationen oder Daten über mich / uns / das Kind
austauschen darf mit:

.....
Kinder- oder hausärztliche Praxis – Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Psychotherapeut/in, Ergotherapie, Logopädie - Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Praxis, Ambulanz, SPZ, Klinik - Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Schule, Klassenlehrer/in - Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Jugendamt, Ansprechpartner/in – Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Sonstige (z. B. Autismuszentrum)

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die
ich/wir/das Kind den therapeutischen Mitarbeitern und/oder Ärztin gegenüber anvertraut
haben.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen
und/oder Institutionen.

Diese Entbindungserklärung kann ich/können wir jederzeit **schriftlich** zurücknehmen.

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Mutter**)

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Vater**)

.....
Ort, Datum Unterschrift (**andere Sorgeberechtigte**)