

ERKLÄRUNG ZUR SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Patient: _____, geb. am ____ . ____ . ____

Um sich über mich bzw. den Patienten und für meine Behandlung bzw. die Behandlung des Patienten mündlich und schriftlich austauschen zu können, entbinde ich,

Sorgeberechtigter bzw. volljähriger Patient: _____

Anschrift: _____

Bernadette Schmidt bzw. Maria Kadambat - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen - gegenüber nachstehenden Personen von der Schweigepflicht:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Kinder-/Haus-/Facharzt | Praxis | Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Mitarbeiter Jugendamt | Jugendamt | Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Lehrer bzw. Erzieher | Schule bzw. KiTA | Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Weitere Person | Organisation | Telefonnummer |

Gleichzeitig entbinde ich die o.a. Personen gegenüber Bernadette Schmidt bzw. Maria Kadambat - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen - von der Schweigepflicht.

Zudem entbinde ich Bernadette Schmidt bzw. Maria Kadambat - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen - gegenüber nachstehenden Personen von der Schweigepflicht - z.B. Bezugspersonen wie Großeltern, Stiefeltern, (Stief)Geschwister, Tagesmutter, wichtige Bezugspersonen des Patienten:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten
bzw. des volljährigen Patienten