



Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter:Innen der Praxis Julia Hoser von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass über meine Tochter / meinen Sohn

Name u. Geburtsdatum: _____

zum Zwecke der Diagnostik und Therapieplanung Informationen bei den u.g. Stellen eingeholt und weitergegeben werden dürfen. Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

■ Haus- und Kinderarzt (Name):

■ Weitere Ärzte / Therapeuten (Name):

■ Vor- und weiterbehandelnde Institutionen (Name + Ansprechpartner):

■ Schule (Name + Ansprechpartner)

■ Kindergarten (Name + Ansprechpartner)

■ Jugendamt (Ansprechpartner)

■ Weitere:

Wuppertal, den _____

Unterschrift(en) der / des Sorgeberechtigten

Unterschrift der Patientin / des Patienten