

Schweigepflichtentbindung



Julia Hoser

Praxis für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

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 _____