



Schweigepflichtentbindung

Kind/Patient*in: _____

Geburtstag: _____

Hiermit erkläre ich/erklären wir

Name der **sorgeberechtigten Person/en** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ja nein Ich habe alleiniges Sorgerecht (richterlicher Beschluss/vom Jugendamt übertragen)

mich/uns damit einverstanden,

dass die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Anna Pfeuffer

und deren Mitarbeitenden

im Rahmen der Betreuung/Behandlung meines/unseres Kindes Informationen und Unterlagen (einschließlich Beobachtungs- und/oder Testergebnisse sowie sonstige Befunde)

mit folgenden Personen/Institutionen austauschen und/oder besprechen dürfen:

(Bitte ankreuzen und Kontaktdaten wenn möglich vermerken)

Kindergarten/Kindertagesstätte

Schule/Hort/Kernzeit

Jugendamt

Sonstige

Gültigkeit der Schweigepflichtentbindung: ab Unterschriftsdatum für 6 Monate

Ort, Datum

Unterschriften **aller** sorgeberechtigten Personen