

# Kinder- und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis im Aegidienhof



## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Praxis Görden-Pauly/Kratzius/Schüren/Schwan von der Schweigepflicht über die Behandlung meiner Tochter/meines Sohnes  
\_\_\_\_\_ gegenüber der/dem zuständigen

O Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

O Psychotherapeut: \_\_\_\_\_

O Kindergarten: \_\_\_\_\_

O Frühförderung: \_\_\_\_\_

O Schule: \_\_\_\_\_

O Kooperative Erziehungshilfe: \_\_\_\_\_

O Jugendhilfe: \_\_\_\_\_

O Praxis für Ergo/KG/Logo: \_\_\_\_\_

O Gesundheitsamt: \_\_\_\_\_

O Sonstige: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich mich zurzeit aktuell **nicht** mit meinem Kind/Jugendlichen in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, Sozialpsychiatrischen Zentrum, Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung in Behandlung befinde.

trifft zu     trifft nicht zu

Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme von Fotos von meinem Kind zur Diagnostik und Präsentation in der Akte einverstanden. Die Fotos werden nur innerhalb der Praxis genutzt und nicht nach außen weitergegeben.

Ja                       Nein

Hiermit bestätige ich, dass ich die „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden und muss bei getrennt lebenden, gemeinsam sorgeberechtigten Eltern von beiden Eltern schriftlich bestätigt werden.

Mutter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Datum** und eigenhändige **Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten**