

Entbindung von der Schweigepflicht

Dies ist eine gegenseitige Schweigepflichtsentbindung der kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis Dr. med. Kratzius & Dr. med. Schwan über die Behandlung meiner Tochter/meines Sohnes

_____, geb. _____ und der/dem zuständigen

haus-/kinderärztlichen Praxis:

Psychotherapeut:in:

Kindergarten:

Frühförderung:

Schule/Schulsozialarbeit:

Kooperative Erziehungshilfe:

JA/päd. Hilfe:

Praxis für Ergo/KG/Logo:

Gesundheitsamt:

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/Jugendlichen 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 den Aushang im Wartezimmer betreffend „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden und muss von allen Sorgeberechtigten schriftlich bestätigt werden.

Mutter:

Datum:

Vater:

Datum:

Datum und eigenhändige Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten