

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde(n) ich / wir, _____

die Mitarbeiten der KJP-Praxis Hürth (GMKB) sowie

- Schule / Kindergarten: _____
(Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Arzt/Krankenhaus: _____
(Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Jugendamt / Familienhilfe: _____
(Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Jugendhilfeeinrichtung: _____
(Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Ergotherapie: _____
(Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Logopädie: _____
- Kooperationspartner Zolly – Praxis für Logopädie & Ergotherapie
- Sonstige: _____
(Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)

von der Schweigepflicht und erlaube(n) einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind/mich: _____

- Ich bin mit der Weitergabe eines schriftlichen Befundberichts an _____ einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

Hürth, den: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Schweigepflichtentbindung unterschreibt, muss diese Zusatzklärung unterschrieben werden:

Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberechtigte über die oben genannte Schweigepflichtentbindung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

Hürth, den: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____