



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich/wir _____ geb. am _____

die Mitarbeiter der Facharztpraxis für KJP Stephanie Vagedes-Stahl bzgl. meines Kindes

_____ geb. am _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen

Schule: _____ Tel: _____

Arzt: _____ Tel: _____

_____ Tel: _____

Therapeuten: _____ Tel: _____

Kliniken: _____ Tel: _____

Jugendamt/: _____ Tel: _____

Allg. soz. Dienste

Ich bin mit einem gegenseitigen mündlichen und schriftlichen Austausch über mein Kind einverstanden. Behandlungsrelevante Unterlagen dürfen gegenseitig übermittelt werden.

Bad Schwartau, den

(Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in)