

GEGENSEITIGE SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG



Dr. med. Susanne Borsbach
Duisburger Str. 16
40477 Düsseldorf

TEL : **0211 / 26 108 128**
FAX : **0211 / 26 108 152**

mail@kjpp-borsbach.de
www.kjpp-borsbach.de

NAME DES PATIENTEN:

Hiermit entbinde(n) ich / wir Frau Dr. Borsbach und ihre Mitarbeiterinnen
des KJPP gegenseitig von der Schweigepflicht zu folgenden Institutionen:

(bitte auswählen)



SCHULE / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Klassenlehrer*in : /

/ Adresse : /

/ Telefon : /

/ Email : /

KINDERGARTEN / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Erzieher*in : /

/ Adresse : /

/ Telefon : /

/ Email : /

KINDER- HAUSARZT / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Arzt*in : /

/ Adresse : /

/ Telefon : /

/ Email : /

JUGENDAMT / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Sachbearbeiter*in /

/ Adresse : /

/ Telefon : /

/ Email : /

KLINIK / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Arzt*in : /

/ Adresse : /

/ Telefon : /

/ Email : /



UNTERSCHRIFT DES / DER SORGBERECHTIGTEN:



ORT / DATUM:



GEGENSEITIGE SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG



ERGOTHERAPIE..... / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Therapeut*in :..... /

/ Adresse :..... /

/ Telefon :..... /

/ Email :..... /

LOGOPÄDIE..... / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Therapeut*in :..... /

/ Adresse :..... /

/ Telefon :..... /

/ Email :..... /

SONSTIGE..... / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Name :..... /

/ Adresse :..... /

/ Telefon :..... /

/ Email :..... /

SONSTIGE..... / Kontakt via: Email Telefon Fax / (bitte ankreuzen)

/ Name :..... /

/ Adresse :..... /

/ Telefon :..... /

/ Email :..... /

Diese gegenseitige Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.



UNTERSCHRIFT DES / DER SORGEBERECHTIGTEN:



ORT / DATUM: