

GEGENSEITIGE SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG



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 SORGBEBERECHTIGTEN:



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: