



## Schweigepflichtsentbindung

Name (Patient/-in): \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Bitte aktuelle **Telefonnummern** der Hauptbezugspersonen angeben:

Jugendliche/r: \_\_\_\_\_ Eltern: \_\_\_\_\_

Vormund: \_\_\_\_\_ Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Ich / Wir entbinden die schweigepflichtigen MitarbeiterInnen der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Bayer von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Personen und umgekehrt diese Personen gegenüber der Praxis. Diese Entbindung gilt auch zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Institution	Name	Telefon
Haus- / Kinderarzt		
Schule / Kindergarten		
OGS		
Jugendamt		
Familienhilfe etc.		
Wohngruppe		
Sprach- / Ergo- Physiotherapie		
Psychotherapie		
Sonstige		
Sonstige		

Bitte geben Sie uns bitte auch die **Telefonnummer** der Ansprechpartnerinnen an.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Sorgeberechtigte/ Volljährige

\_\_\_\_\_  
 Jugendliche/r (ab 14 Jahre)