

**Schweigepflichtsentbindung**

---

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, Sie erleichtern uns die Arbeit, wenn Sie uns jetzt schon eine **Schweigepflichtsentbindung** gegenüber dem Hausarzt/Kinderarzt, damit dieser nach Abschluss von Diagnostik und Therapie einen Bericht erhalten kann, und ggf. anderen Stellen (s. u.) erteilen.

**Name Patient/in:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer PLZ und Ort

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_  
Festnetz Mobiltelefon E-Mail-Adresse

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/innen der St. Lukas-Klinik, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren**

\_\_\_\_\_

wechselseitig Informationen mit folgenden Stellen/Personen austauschen dürfen:

**1. Hausarzt / Kinderarzt / Facharzt / Kliniken:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Kindergarten / Schule / Hort / Heim:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Therapeuten (Frühförderung / Logopädie / Ergotherapie / Physiotherapie / Psychotherapie):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Jugendamt / Jugendhilfe / Eingliederungshilfe / Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Andere:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

**Unterschrift aller Sorgeberechtigten**

*(Die Gültigkeit bleibt solange bestehen, bis diese von einem der Unterzeichner widerrufen wird.)*