

Schweigepflichtentbindung



Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie erleichtern uns die Arbeit, indem Sie uns jetzt schon eine **Schweigepflichtentbindung** gegenüber dem Hausarzt/Kinderarzt, der nach Abschluss von Diagnostik und Therapie einen Bericht erhalten kann, und ggf. anderen Stellen (s.u.) erteilen.

Name Patient/in: _____

Geboren am: _____

Adresse _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der

St. Lukas-Klinik, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren,
Tel. 07542/10-5302, Fax 07542/10-5404

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 der Sorgeberechtigten

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