**Schweigepflichtentbindung**

**Patient\*innenname:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institution** | **Name** | **Kontaktdaten** |
| Hausärzt\*in/Kinderärzt\*in | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schule/Kindergarten | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Familienhilfe | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Jugendamt | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ergotherapeut\*in | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Logopäd\*in | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Psychotherapeut\*in | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klinik/Tagesklinik | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sonstige | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Hiermit entbinde ich bzw. hiermit entbinden wir die Mitarbeitenden der Praxis Boldt - Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von der Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Dritten, soweit dies für die Behandlung und die Zusammenarbeit mit den behandelnden Fachkräften notwendig ist. Diese Entbindung gilt auch umgekehrt für die oben genannten Institutionen.

Ich bin darüber informiert, dass die Weitergabe von Informationen nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erfolgt und dass ich das Recht habe, diese Entbindung jederzeit schriftlich zu widerrufen. Diese Schweigepflichtentbindung gilt ab sofort und ist gültig bis auf Widerruf.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift des/der Patient\*in und der Erziehungsberechtigten**