

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich als Sorgeberechtigte:r von

Name _____ Geb.-Datum _____
(Name des Kindes) (des Kindes)

folgende Personen gegenüber den Mitarbeiterinnen der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Diana Saghir von der Schweigepflicht bezüglich meines o. g. Sohnes/ meiner o. g. Tochter für einen gegenseitigen Austausch:

- die Ärztin/den Arzt _____
- die Lehrkräfte der Schule _____
- die Mitarbeitenden des Kindergartens _____
- die Mitarbeitenden des Jugendamtes _____
- die/den mit- bzw. vorbehandelnden Therapeut:innen _____
- die Mitarbeitenden der Klinik _____
- sonstige Personen: _____

Lübeck, _____

(Datum)

(Name Erziehungsberechtigte:r,
bitte in Druckbuchstaben)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter:r)