

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Vor- und Zuname des Kindes/Jugendlichen:

Geboren am:

Wir entbinden die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und das Mitarbeiterteam der
Schweigepflicht gegenüber:

und umgekehrt.

zum Befundaustausch und Beratung

zur Übermittlung eines Kurzbriefes

zur Übermittlung eines ausführlichen Arztbriefes

zu

Mit der Übermittlung durch elektronische Medien und/oder per Fax erklären wir uns einverstanden.

Herrieden, den:

Unterschrift der Sorgeberechtigten: