

Schweigepflichtentbindung

Ich, Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____

entbinde hiermit den Arzt **Dr. Allozy** und
 die/den **zuständige*n Behandler*in Frau/Herr** _____
 von der Schweigepflicht (§203 ,StGB) gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

- **Kita/ Schule /Hort:**_____

Name der Kontaktperson _____ Telefonnummer _____

- **Kinderarzt:**_____

Name der Kontaktperson _____ Telefonnummer _____

- **Jugendamt:**_____

Name der Kontaktperson _____ Telefonnummer _____

- **Sonstiges:**_____

Name der Kontaktperson _____ Telefonnummer _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dr. Allozy sowie o.g. Behandler*in personenbezogene Daten und behandlungsrelevante Informationen, welche unser Kind/mich (Jugendliche) betreffen, mit o.g. Personen schriftlichen und mündlichen austauscht.
 Diese Schweigepflichtentbindung gilt **wechselseitig** und **erlischt 1 Jahr nach Ausstellungsdatum**.

Eine Verweigerung kann Einschränkungen der Therapie zur Folge haben.
 Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Entbindung, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Nachname des Kindes/Jugendlichen (Patient*in), Vorname, Geburtsdatum

Ich bin bevollmächtigt alleine diese Entscheidung für mein Kind zu treffen:

Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten
-------	--

(Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahre)