

**Schweigepflichtsentbindung – wechselseitig
für Kinder und Jugendliche und ihre Familien**

Hiermit entbinde ich als Vertreter*in für den Patienten/die Patientin:

Name geb. am:

Wohnort

die

Privatpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Kim Bündgen

von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, um im Interesse des Patienten/der Patientin mit den Fachkräften folgender Stellen zusammenarbeiten und Informationen- wechselseitig - austauschen zu dürfen:

- Frühförderstelle
- Kinderärzt*innenpraxis
- Hausärzt*innenpraxis
- Fachärzt*innenpraxis
- Ergotherapiepraxis
- Logopädiepraxis
- Kinder- und Jugendpsychiater*innen
- Ehem. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in.....
- Psychiatrie
- Schule
- Kindergarten/Kita
-
-

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift Patientin/Patient bzw. beide/alle Sorgeberechtigten/Vormund/gesetzl. Vertreter*innen