

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)