

Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Hauke Wrede
Osterstr.17
25917 Leck

Schweigepflichtenentbindung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Praxis KJP Leck die für die Behandlung relevanten personenbezogenen Daten meines Kindes austauschen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

	Arzt /Ärztin	Name:
	Jugendamt	Name:
	Therapeut/ Therapeutin	Name:
	Schule	Name:
	Sonstige	Name:
	Sonstige	Name:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Leck, den

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)