

# Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich / wir .....

das Mitarbeiterteam der **Sozialpsychiatrischen Praxis von Frau Dr. Andrea Schwalb** gegenüber folgenden Personen gegenseitig von der Schweigepflicht bezüglich Diagnostik und Behandlung meines / unseres Kindes.

**Name:** ..... geb.: .....

**Adresse:** ..... Tel.: .....

.....

Stiefelternteil / Großeltern / Pflegeeltern / o. a. Familienangehörige:

..... Tel./ Fax: .....

Arzt: ..... Tel./ Fax: .....

Krankenhaus: ..... Tel./ Fax: .....

Ergotherapie: ..... Tel./ Fax: .....

Logotherapie: ..... Tel./ Fax: .....

Schule: ..... Tel./ Fax: .....

Kindergarten: ..... Tel./ Fax: .....

Jugendamt: ..... Tel./ Fax: .....

Heimeinrichtung ..... Tel./ Fax: .....

Psychotherapie: ..... Tel./ Fax: .....

Sonstige: ..... Tel./ Fax: .....

..... Tel./Fax: .....

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

## ***Wir bitten freundlich um:***

Zusendung von Unterlagen / Berichte: .....

Telefonischen Austausch wegen: .....

.....

(Ort / Datum)

.....

(Unterschrift aller Sorgeberechtigten)