



Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie
Ursula Seibert + MitarbeiterInnen
Goethestraße 3, 28832 Achim
Tel: 04202/76477-00
Fax: 04202/76477-01

Name des Sorgeberechtigten:

Datum:

Name des Patienten:

Hiermit entbinde/n ich/wir folgende Personen und Institutionen gegenüber den Mitarbeiter/Innen der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Goethestraße 3 in Achim von der Schweigepflicht auf Gegenseitigkeit und bis auf Widerruf, mit den Mitarbeitern /Innen von :

Kinderarzt _____

Hausarzt _____

Schule/ Kindergarten _____

Klinik _____

Ergotherapie _____

Logopädie _____

Krankengymnastik _____

Therapeuten _____

weitere Ärzte _____

Jugendamt _____

Familienhilfe _____

Weitere Ansprechpartner _____

Sorgeberechtigte

Sorgeberechtigte

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Ich bestätige auf die Besonderheiten zur Einwilligungserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht, die im Wartezimmer aushängt, hingewiesen worden zu sein.