

Diese Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf

Ihr Kind _____, geb. am _____
Name, Vorname

wohnhaft _____

Das Sozialpädiatrische Zentrum ist berechtigt, medizinische und/oder psychologische Befundberichte sowie Informationen, die für die Behandlung aus medizinischen und/oder psychologischen Gründen als notwendig erachtet werden, einzuholen bzw. weiterzugeben.

Bei getrennt lebenden Eltern wird hiermit eine Kontaktaufnahme des Sozialpädiatrischen Zentrums mit dem Elternteil, bei dem das Kind überwiegend lebt, erlaubt.

Auch ist das Sozialpädiatrische Zentrum berechtigt, schriftliche und/oder mündliche Informationen von dem Kindergarten/von der Schule, den/die Ihr Kind besucht, einzuholen bzw. weiterzugeben.

Die Schweigepflichtentbindung erleichtert die Diagnostik bzw. Behandlung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum wesentlich.

Mir/ Uns ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung freiwillig abgegeben wird und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Name des/der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift des Jugendlichen (ab 14 Jahren)