

# Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde(n) ich/wir die Ärzte und Mitarbeiter/innen der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. Nasser/Theill und Michels bis auf schriftlichen/persönlichen Widerruf von der Schweigepflicht und bin/sind damit einverstanden, dass diese zur Diagnose und Therapie von meinem/unserem Kind, Auskunft einholen und erteilen dürfen, (per E-Mail, Fax und Telefon) bei:

## Schule:

Name Schule:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

## Therapeuten: ( Psycho-/ Ergo-/ Sprach-):

Name Praxis:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

## Jugendamt:

Name/Stadt:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

## Kindergarten, Hort:

Name Einrichtung:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

## Sonstige:

Ansprechpartner/in:

E-Mail:

Telefonnr.:

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des / der Sorgeberechtigten**