

# Schweigepflichtsentbindung

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

Hiermit entbinde(n) ich wir die Ärzte und Mitarbeiter/ innen der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dres. med. Nasser/Theill/Borsbach 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, bei:

**Schule:**  eMail  Fax  telefonisch

Name Schule: \_\_\_\_\_

Name Lehrer/in: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

eMail  Fax  telefonisch

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

eMail/Faxnr./Tel. \_\_\_\_\_

**Jugendamt:**  eMail  Fax  telefonisch

Name: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Kindergarten, Hort:**  eMail  Fax  telefonisch

Name: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Sonstige:**  eMail  Fax  telefonisch

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