

Schweigepflichtentbindung

(für die Anforderungen von **erforderlichen** Unterlagen / Informationen **von** externen Stellen)

Als Sorgeberechtigte des Kindes / Jugendlichen _____
entbinde(n) ich (wir) hiermit die MitarbeiterInnen folgender Institutionen und Einrichtungen *

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Riedstadt, soweit die für Förder- und Hilfsmaßnahmen entsprechenden Informationen und Berichte benötigt werden.

_____, den _____

(Unterschriften der Sorgeberechtigten)

Schweigepflichtentbindung

(für die zur Verfügung Stellung von **erforderlichen** Unterlagen / Informationen **an** externe Stellen)

Als Sorgeberechtigte des Kindes / Jugendlichen _____
entbinde(n) ich (wir) die behandelnden MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Riedstadt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber *

soweit die für Förder- und Hilfsmaßnahmen entsprechenden Informationen und Berichte benötigt werden.

Widerruf: Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann / können.

_____, den _____

(Unterschriften der Sorgeberechtigten)

* in Frage kommen: Jugendamt, Sozialamt, Wohlfahrtsverbände, Erziehungsberatungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen, Herkunftsschule, einweisender / überweisender Arzt, sonstige Therapeuten

Kopie für Vitos Klinik Hofheim