

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Name, Vorname (des Kindes)	Angaben zu den sorgeberechtigten Personen	
Sorgerecht: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Alleiniges Sorgerecht</li> <li><input type="radio"/> Gemeinsames Sorgerecht</li> <li><input type="radio"/> getrennt lebend *</li> </ul>	Name:	Adresse:

\* Wenn beide Eltern das Sorgerecht haben, aber getrennt leben, benötigen wir noch eine schriftliche Einverständniserklärung des nicht persönlich anwesenden Elternteils in die Diagnostik und ggf. Behandlung bei uns. Gerne geben wir Ihnen dafür einen entsprechenden Vordruck mit.

## KOOPERATION / AUSTAUSCH VON INFORMATIONEN

Als Sorgeberechtigte/r entbinde/n ich / wir das Maudacher Therapiezentrum, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lampe und Zbick-Schmitt und die folgenden Stellen von ihrer Schweigepflicht für den mündlichen und schriftlichen Informationsaustausch über meine / unsere Tochter bzw. meinen / unseren Sohn bzw. Pflegekind. Mir / Uns ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Eine Überprüfung der Identität bei Anrufen ist der Praxis nicht möglich. Ihre Auskünfte und die Einwilligungen sind selbstverständlich freiwillig. Einverständniserklärungen sind jederzeit widerrufbar.

- Haus- bzw. Kinderarzt/-ärztin** (bitte nur eine Auswahl pro Exemplar!)
- Jugendamt**
- Schule**
- Ärztin/Arzt / TherapeutIn KJPP**

.....

Institution	Name MitarbeiterIn	Adresse	Tel
-------------	--------------------	---------	-----

- Sonstige** (z. B. Ergo-, Logopädie, Erziehungsberatungsstelle, fachärztliche Behandlungen)

.....

Institution	Adresse	Tel
-------------	---------	-----

- Folgende Personen** dürfen für mich / mein Kind Rezepte oder sonstige ärztliche Dokumente abholen:
 

..... (gegen Vorlage eines Lichtbildausweises).

- Folgende Personen** dürfen für mich / mein Kind telefonische Auskünfte einholen:

.....

Name	Geburtsdatum	Adresse	Telefonnummer
------	--------------	---------	---------------

(Eine Überprüfung der Identität der Person ist telefonisch nicht möglich!)

.....

Ort	Datum	Unterschrift Mutter /Sorgeberechtigte
-----	-------	---------------------------------------

- Ich / wir habe/n eine Kopie dieser Schweigepflichtsentbindung für unsere Unterlagen erhalten.
 

.....

 Unterschrift Vater /Sorgeberechtigter