

Schweigepflichtsentbindung

für

Name des Kindes/Jugendlichen, Vorname

Geburtsdatum

Als Sorgeberechtigte

Name, Vorname der Mutter, des Vaters oder anderen sorgeberechtigten Personen

entbinde ich Dr. med. G. Tasci und die Praxismitarbeiter von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

Die Person ist für das/den oben genannte/n Kind/Jugendlichen der/die (Zutreffendes bitte ankreuzen): **(Bitte Name und falls vorhanden Telefonnummer angeben)**

Arzt/Ärztin (Hausarzt/Fachärztin/Kinderarzt)

Lehrkraft -ErzieherIn-HortleiterIn, Schulen/Lehrer und Nachmittagsbetreuung

Nichtsorgeberechtigter Elternteil - Großmutter-Großvater-Tagesmutter

Mitarbeiterin von Jugendamt, Jugendhilfe

Ergo-, PhysiotherapeutIn, LogopädenIn

PsychotherapeutIn - anderer VorbehandlerIn

Sonstige:

Wenn ich mir das elterliche Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den anderen Elternteil von dieser Schweigepflichtsentbindung.

Ich wurde darüber informiert, dass die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (Email, Fax oder Post) widerrufen werden kann.

Duisburg, den

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift bei Volljährigkeit