

München,

Entbindung von der Schweigepflicht

Patient: _____, geboren am _____
Name und Vorname

Liebe Eltern, - liebe Jugendliche und Kinder,

Ihr Kind befindet sich – bzw. Du befindest Dich – derzeit in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (in der Folge KJP-Praxis genannt) zur ambulanten Behandlung. Um eine rasche und umfangreiche Diagnostik bzw. Therapie gewährleisten zu können, bitten wir Sie/Dich, Kontakten zu unten angeführten Personen bzw. Einrichtungen zuzustimmen und diese **Schweigepflichtsentbindung** zu unterschreiben.

Hiermit entbinde(n) ich/wir die Ärzte und Therapeuten der KJP-Praxis von der gegenseitigen Schweigepflicht für folgende Personen bzw. Einrichtung.

Diese Schweigepflichtsentbindung kann von mir/uns jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen werden.

Die gesamte Schweigepflichtsentbindung kann einer unten genannten Person bzw. Einrichtung zur Kenntnis gelangen. Damit bin ich/wir einverstanden.

1.
2.
3.
4.

Ort Datum Unterschrift Kind/Jugendliche(r)

.....

Unterschrift der/des volljährigen Pat. oder beider sorgeberechtigter Elternteile¹

.....

.....

¹Grundsätzlich ist es notwendig, dass beide Eltern unterschreiben.

Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind/ Jugendliche(n) hat.