

Schweigepflichtentbindung

für _____
 Nachname des Kindes Vorname Geburtsdatum

Ich entbinde die unten eingetragenen Personen und Institute der KJP Praxis Trier gegenüber von ihrer Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung gilt wechselseitig. Sie kann jederzeit von mir widerrufen werden.

(Sie entbinden uns mit Ihrer Unterschrift nicht automatisch allen Ärzten etc. gegenüber von der Schweigepflicht, sondern nur denen, die Sie namentlich eintragen! Sie entscheiden, wen Sie eintragen möchten.)

	Name	Adresse	Tel / Fax / Mail
Kinderarzt / Hausarzt			
Krankenhäuser			
Ergotherapeuten / Logopäden			
Jugendamt			
Familienhelfer / Integrationshelfer			
Sonstige Personen			

 Ort, Datum

 Mutter

 Vater

 sonstige sorgeberechtigte Person