

Sehr geehrte Eltern,
um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden, mit Therapeuten, Ärzten und anderen im Leben Ihres Kindes wichtigen Personen zu sprechen. Daher möchten wir Sie bitten, uns gegenüber anderen Behandlern von der Schweigepflicht zu entbinden, soweit dies für Sie in Ordnung ist. Ein Austausch erfolgt nicht regelhaft und nur, soweit dies die Behandlung Ihres Kindes erfordert.

Schweigepflichtentbindung

Ich/Wir erkläre/n uns einverstanden, dass die Daten meines/unseres Kindes _____, **geboren am** _____, praxisintern allen Mitarbeitern/Innen der Praxis offen gelegt werden, sofern dies für die Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter/innen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine schriftliche Verschwiegenheitserklärung abgeben. Bzgl. unseres Umgangs mit Ihren persönlichen Daten beachten Sie bitte auch unsere ausgelegte „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Ich/Wir entbinde/n Herrn Dr. Just sowie die Mitarbeiter/innen der Praxis von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Bitte geben Sie den Namen und ggf. die Telefonnummer der betreffenden Personen an

Die Entbindung der von der Schweigepflicht gilt ebenso für die aufgeführten Personen gegenüber Dr. Just und seinen Mitarbeitern.

Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Widerrufshinweis: alle oben unterschrieben Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit Einzel oder Gesamt widerrufen werden!