



Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Eileen von Lehmden
Dr. med. Gesa Martini
**Fachärztinnen für Kinder- & Jugend-
psychiatrie & -psychotherapie**
DIAGNOSTIK | BERATUNG | THERAPIE

Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes/Jugendlichen:

Geboren am:

Mutter:

Vor- und Nachname:

Vater:

Vor- und Nachname:

Vormund:

Vor- und Nachname:

Wir entbinden alle Mitarbeiter/innen der KJP Sauerland und nachstehend genannte Personen/
Institutionen gegenseitig von der Schweigepflicht zwecks wechselseitigen Austauschs von
behandlungsrelevanten Informationen und Daten zu o.g. Kind/Jugendlichen:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Zum Befundaustausch und Beratung

Zur Übermittlung eines Kurzberichts

Zur Übermittlung eines ausführlichen Arztbriefes

Mit der Übermittlung der Berichte/des Berichtes über elektronische Medien und/oder per Fax sind wir ein-
verstanden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Mutter:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vater:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vormund/Patient/Patientin (ab 14. Lebensjahr):

Ort/Datum/Unterschrift:
