



KJP. Praxis

Sabine Leschhorn

Fachärztin für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

Bahnstraße 29-31
40878 Ratingen

Tel.: 02102 954940
Fax: 02102 954949

info@kjp-praxis-leschhorn.de
www.kjp-praxis-leschhorn.de

Schweigepflichtsentbindung

.....
Name, Vorname (Kind)

.....
Geburtsdatum (Kind)

Ich bin damit einverstanden, dass die KJP. Praxis Sabine Leschhorn Informationen oder Daten über mich / uns / meine Tochter / meinen Sohn austauschen darf mit:

.....
Kinder- oder hausärztliche Praxis

.....
Telefon

.....
Adresse

.....
Therapeut/in

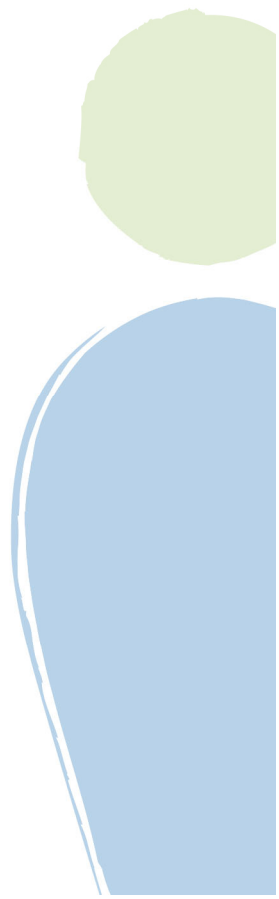
.....
Telefon

.....
Adresse

.....
Praxis, Ambulanz, SPZ, Klinik

.....
Telefon

.....
Adresse





KJP. Praxis

Sabine Leschhorn

.....
Schule, Klassenlehrer/in

.....
Telefon

.....
Adresse

.....
Jugendamt, Ansprechpartner

.....
Telefon

.....
Adresse

.....
Sonstiges

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich/wir den therapeutischen Mitarbeitern und/oder Ärzten gegenüber anvertraut haben.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und/oder Institutionen. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Mutter)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Vater)

