



Schweigepflichtsentbindung

Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Plz Ort _____

Sorgeberechtigter

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Plz Ort _____

Sorgeberechtigter

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Plz Ort _____

Hiermit befreie ich/wir die Gemeinschaftsarztpraxis kjpp-leer und unten genannte Personen bzw. Einrichtungen wechselseitig von der Schweigepflicht. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Informationen und Berichte zwischen der Gemeinschaftsarztpraxis kjpp-leer und den unten genannten Personen und Einrichtungen ausgetauscht werden.

Einrichtung	Name	Telefonnummer	Datum/Unterschrift
Kinderarzt, Hausarzt			
Kindergarten, Schule			
Ambulanter Therapeut			
Klinik			
Jugendamt			

Jugendliche ab einem Alter von 14 Jahren, bitten wir auch zu unterschreiben.