

Sehr geehrte Eltern und Erziehende,
um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden, mit Therapeut:innen, Ärzt:innen und anderen im Leben Ihres Kindes wichtigen Personen zu sprechen. Daher möchten wir Sie bitten, uns gegenüber anderen Behandler:innen von der Schweigepflicht zu entbinden. Ein Austausch erfolgt nicht regelhaft, sondern nur soweit dies die Behandlung Ihres Kindes erfordert.
Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie für jede Person eine eigene Schweigepflichtentbindung wünschen.

Schweigepflichtentbindung

Ich/Wir erkläre/n uns einverstanden, dass die Daten meines/unseres Kindes

_____, geb. am _____,

praxisintern allen Mitarbeiter:innen der Praxis offengelegt werden, sofern dies für die Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter:innen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine schriftliche Verschwiegenheitserklärung abgeben.
Ich/Wir entbinde/n Herrn Dr. Warncke sowie die Mitarbeiter:innen der Praxis von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- Bitte zutreffendes ankreuzen und Namen, Ort und Telefonnummern angeben -

Vor- und weiterbehandelnde Ärzt:innen	
Psychotherapeut:innen	
Ergotherapeut:innen/Logopäd:innen	
Lehrer:innen	
Erzieher:innen/Familienhelfer:innen	
Wohngruppen-Mitarbeiter:innen	
Mitarbeiter:innen Jugendamt	

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt ebenso für die aufgeführten Personen gegenüber Dr. Warncke und seine/n Mitarbeiter*innen.

Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Versand von Behandlungsberichten

☐ Ich/wir wünsche/n einen (kostenfreien) Behandlungsbericht an folgende Ärzt:innen /Institutionen:
(Bezeichnung, Name, Anschrift, Telefon)

☐ Ich/Wir wünsche/n keinen Behandlungsbericht an die/den Haus-/Kinderärzt:innen gesandt wird.

Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

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