

Schweigepflichtsentbindung

Name Patient: _____

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Miriam Bertuzzo der Schweigepflicht gegenseitig gegenüber:

- dem Haus- oder Kinderarzt:

- der Schule (bitte die Namen der Lehrer angeben, zu denen wir Kontakt aufnehmen dürfen):

- Fachtherapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten, etc.):

- Sonstige:

Datum/Ort

Unterschrift der Sorgeberechtigten