



## Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre/n ich/wir

\_\_\_\_\_ (Name Sorgeberechtigte), geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name Sorgeberechtigte), geb. am \_\_\_\_\_

mich/uns damit einverstanden, dass

Herr/ Frau: \_\_\_\_\_ (Name der/des Therapeuten)

mit dem/der \_\_\_\_\_ (z. Bsp. Kinderärztin, Logopäde etc)

Herrn/ Frau: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Kontakt aufnimmt. Beide Personen berechtige ich, sich gegenseitig Auskünfte bezüglich relevanter Informationen der Erkrankung meines Kindes \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ zu geben (z.B. Verhaltensauffälligkeiten, Diagnose, Behandlungsplan, Therapieverlauf, Therapieergebnisse).

Gießen, den

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)

**Bei Kinder- oder Hausarzt/ärztin:** Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass o.g. Arzt/Ärztin meines Kindes an die genannte Adresse einen Therapiebericht erhält:

ja  nein

Gießen, den

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)