

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter:innen der Praxis Dr. Ismael Halabi Cabezon von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass über meine Tochter / meinen Sohn

Name:

- Informationen bei den u.g. Stellen eingeholt werden dürfen,
- Informationen an die u.g. Stellen weitergegeben werden dürfen,

um eine möglichst umfassende Diagnostik bzw. Therapieplanung zu ermöglichen.

- Haus- oder Kinderarzt:
- Weitere Ärzte / Therapeuten:
- Vor- und weiterbehandelnde Kliniken:
- Schule (Name der Schule und des/der Lehrer:in):
- Kindergarten / Hort (Name der Einrichtung und des/der Erzieher:in):
- Jugendamt (Ansprechpartner:in):
- Sonstige:

Diese Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies muss ich ausdrücklich mitteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

.....
Einwilligung der Patientin / des Patienten