

### SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Um eine möglichst umfassende Diagnostik zu ermöglichen (v.a. im Rahmen der notwendigen Fremdbeurteilungsbögen und evt. Fremdanamneseerhebung) entbinde ich die Mitarbeiter:innen der Praxis Dr. Ismael Halabi Cabezon von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass über mich (bzw. über meine Tochter / meinen Sohn)

**Name:** .....

- Informationen bei u.a. Stellen eingeholt werden dürfen.
- Informationen an u.a. Stellen weitergegeben werden dürfen.

Dies gilt explizit nur dem o.g. diagnostischen Zweck und bei einer ggf. im Anschluss an die Diagnostik vereinbarten Behandlung in hiesiger Praxis.

Die Entbindung gilt gegenüber:

- Haus- / Kinderarzt:**
- Psychotherapeut:**
- psychiatrische Kliniken:**
- Schule / Kindergarten:**
- Fallführung beim Jugendamt:**
- Flexible Erziehungshilfe:**
- Sonstige:**

Diese Entbindung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft aktiv widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

.....  
Einwilligung der Patientin / des Patienten