

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeiter(innen) der KJUP-Praxis die für die Behandlung relevanten personenbezogenen Daten meines Kindes,

austauschen können mit unten genannten Personen oder Fachstellen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Name, Vorname des Kindes und Geburtsdatum

- Ärztin/Arzt, Name:
- Jugendamt, AKS; KESB, Name:
- Therapeutin/Therapeut, Name:
- Schule, Name:
- Lehrerin/Lehrer, Name:
- Sonstige, Name:

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich bestätige zudem, dass aktuell (in diesem Quartal) keine parallele Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, einem anderen vergleichbaren Institut oder Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte oder geplant ist. Sollte der Fall einer parallelen Behandlung eintreten, werde ich die KJUP- Praxis hierüber informieren.

Darüber hinaus erteilen wir sämtlichen Mitarbeitern der Praxisgemeinschaft KJUP-Praxis die Erlaubnis, die Daten unseres Kindes einzusehen.

Ort und Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Jugendliche/r