

Einverständnis zum Informationsaustausch (Das Ausfüllen ist freigestellt.)

PatientIn (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer)

Sorgeberechtigte/r (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer)

Als Sorgeberechtigte entbinden wir die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Agaplesion Diakoniekllinikum Rotenburg, von der Schweigepflicht für den mündlichen bzw. schriftlichen Austausch von Information über Diagnostik und Behandlung, Erziehungshilfe oder Eingliederungsmaßnahmen und Fragen zur Bildung unseres Kindes gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen:

Kinderarzt/-ärztin / Hausarzt/-ärztin

Person, Institution	Straße und Nr.	PLZ, Ort	Telefon
---------------------	----------------	----------	---------

Ärztin/Arzt oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. PsychotherapeutIn

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Jugendamt

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Kindergarten bzw. Schule

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Ort

Datum

Unterschrift/en