
	Dokumentenname: Schweigepflichtentbindung gemäß § 35 SGB I und § 203 Abs. 1 Nr. 1 und StGB	Check: Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 1
	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale	

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____

- Ich möchte **niemanden** von der Schweigepflicht entbinden.
- Ich entbinde folgende **Personen/Institutionen** (bitte Namen angeben) von der Schweigepflicht:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, als Erziehungsberechtigte/r des o. a. Patienten für die Praxis Frau Dr. Czeiner zur **Schweigepflichtentbindung**, sowohl für den schriftlichen als auch den mündlichen Austausch.

Bitte geben Sie den **Namen und Ort** (ggfs. weitere Daten) an.

Kinderarzt: _____

Hausarzt: _____

Schule: _____

Kindergarten: _____

Psychotherapeut: _____

Jugendamt: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Klinik für (Kinder- und Jugend)-Psychiatrie: _____

Andere Kliniken: _____

Andere (z. B., Heilpädagogische Tagesstätte, Helmbrechtser Kreisel, Frühförderung, SVE):

MSD: _____

Schulpsychologe: _____

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich der Einsichtnahme meiner Daten nicht zustimmen muss und diese Schweigepflichtentbindungserklärung und Herausgabegenehmigung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: erstellt/von	Datum: geprüft/von	Datum Freigabe/von PL	Dokumentenpfad:
11.06.2018	21.09.2021	21.09.2021/ IC	USB-Stick:\QMH /FB /FB Schweigepflichtentbindung
M. U.	S. K.		