

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeiter(innen) der Praxisgemeinschaft **kjp hoheluft GbR** die für die Behandlung relevanten personenbezogenen Daten meines Kindes austauschen.

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

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

<input type="checkbox"/>	Arzt / Ärztin	Name:
<input type="checkbox"/>	Jugendamt	Name:
<input type="checkbox"/>	Therapeut / Therapeutin	Name:
<input type="checkbox"/>	Schule	Name:
<input type="checkbox"/>	Sonstige	Name:
<input type="checkbox"/>	Sonstige	Name:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Hamburg, den

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)