



Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie

Eichenweg 73, 30659 Hannover
Tel.: 0511 65669980 Fax: 0511 65669988
info@kinderpsychiater-bothfeld.de

Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig
Tel: 0531 1298666 Fax: 0531 1298667
info@kinderpsychiater-braunschweig.de

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde(n) ich/wir

Name der/des Sorgeberechtigten

die Mitarbeiter der Therapeutischen Gemeinschaftspraxis M. Baumann und
Dr. med. S. Klotmann von der Schweigepflicht für unser Kind

Name des Kindes

Geburtsdatum

gegenüber:

- dem Jugendamt
- der Schule _____
- dem Kindergarten _____
- der Arztpraxis / dem Psychotherapeuten _____
- Sonstige _____

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Mitarbeiter/innen der Praxis erhobene Befunde weiterleiten dürfen und ich/wir sind ebenfalls damit einverstanden, dass die oben genannten Personen ihrerseits gegenüber der Praxis Informationen weitergeben dürfen.

Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit von mir/uns schriftlich widerrufen oder in ihrem Umfang eingeschränkt werden.

Ort, Datum

Unterschrift