



Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____ die Mitarbeiter der KJP Rahlstedt von der
Schweigepflicht über die sozialpsychiatrische Behandlung und Diagnostik meiner Tochter / meines Sohnes
(Vor- und Nachname, Geb.dat.) _____

gegenüber

- : _____
- : _____
- Kinderärztliche Praxis: _____
- Vorbehandelnde KJPP-Praxis: _____
- ReBBZ: _____
- Ergotherapie: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht versteht sich als jeweils gegenseitig vorliegend, dass Informationen also
gegeben und eingeholt werden können.

Unterschrift Sorgeberechtigte

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Patient/in

Hamburg, den