

**Gemeinschaftspraxis für Kinder – und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie**

**Dr. med. Dipl.-Psych. Andrea Schneider ♦ Dr. med. Charlotte Jacobi**

**& MitarbeiterInnen**

Hartwigstr. 2, 27574 Bremerhaven

Tel. 0471-3082755 / FAX: 0471-3082766 / E-Mail: info@kjp-bremerhaven.de

**Schweigepflichtentbindung**

**Name, Vorname:** ..... **Geb.:** .....

Als Sorgeberechtigte(r) entbinde ich die Gemeinschaftspraxis Dr. Andrea Schneider/Dr. Charlotte Jacobi von der Schweigepflicht zum gegenseitigen Austausch gegenüber:

Institution / Funktion	Name	Austausch über		
		Tel.	E-Mail	Post

**09/2020**

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass Informationen (über die Behandlung / Diagnostik) bei uns an die o.g. Personen und Institutionen weitergegeben werden und dass die Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. Andrea Schneider/Dr. Charlotte Jacobi Berichte und Informationen über die Behandlung in den entsprechenden Institutionen anfordern kann. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich die Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

.....  
**Datum / Unterschrift**

Sorgeberechtigt:

Vollmacht liegt vor:

Vormund:

.....  
**Datum / Unterschrift Patient**