



Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname: **Geb.:**

Hiermit entbinde ich die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. med. Charlotte Jacobi & Mitarbeiter*Innen von der Schweigepflicht zum gegenseitigen Austausch gegenüber:

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

04/2023

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 Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. med. Charlotte Jacobi & Mitarbeiter*Innen 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