

## Schweigepflichtsentbindung

für

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes/Jugendlichen, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Als Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Mutter, des Vaters oder anderen sorgeberechtigten Personen

entbinde ich Dr. med. A. Mulhaxha und die Praxismitarbeiter von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

Die Person ist für das/den oben genannte/n Kind/Jugendlichen der/die (Zutreffendes bitte ankreuzen):

**(Bitte Name und falls vorhanden Telefonnummer angeben)**

Arzt/Ärztin (Hausarzt/Fachärztin/Kinderarzt), Krankenhaus/Institution

\_\_\_\_\_  
 Lehrkraft -ErzieherIn-HortleiterIn, Schulen/Lehrer und Nachmittagsbetreuung

\_\_\_\_\_  
 Nichtsorgeberechtigter Elternteil - Großmutter-Großvater-Tagesmutter

\_\_\_\_\_  
 Mitarbeiterin von Jugendamt/Jugendhilfe

\_\_\_\_\_  
 Ergo-, PhysiotherapeutIn, LogopädenIn

\_\_\_\_\_  
 PsychotherapeutIn - anderer VorbehandlerIn

\_\_\_\_\_  
 Sonstige:

\_\_\_\_\_  
Wenn ich mir das elterliche Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den anderen Elternteil von dieser Schweigepflichtsentbindung.

Ich wurde darüber informiert, dass die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (Email, Fax oder Post) widerrufen werden kann.

Duisburg, den *Tagesdatum*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin