

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Simone Lüpertz
Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Leo-Wenke-Str. 2a
41462 Neuss



fon. 02131 599204
fax. 02131 599205
www.praxis-luepertz.de
info@praxis-luepertz.de
LANR: 722576969
BSNR: 246975700

Patient: _____, **geb. am** ____ . ____ . ____

Um sich über mich bzw. den Patienten und für meine Behandlung bzw. die Behandlung des Patienten mündlich und schriftlich austauschen zu können, entbinde ich,

Sorgeberechtigter bzw. volljähriger Patient: _____

Wohnort: _____

Simone Lüpertz – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin gegenüber nachstehenden Personen von der Schweigepflicht:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Kinder-/Haus-/Facharzt | Praxis | Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Mitarbeiter Jugendamt | Jugendamt | Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Lehrer bzw. Erzieher | Schule bzw. KiTA | Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Weitere Person | Organisation | Telefonnummer |

Gleichzeitig entbinde ich die o.a. Personen gegenüber Simone Lüpertz – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin von der Schweigepflicht.

Zudem entbinde ich Simone Lüpertz – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin gegenüber nachstehenden Personen von der Schweigepflicht – z.B. Bezugspersonen wie Großeltern, Stiefeltern, (Stief)Geschwister, Tagesmutter, wichtige Bezugspersonen des Patienten:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten
bzw. des volljährigen Patienten