

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem SPZ Solingen

Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf alle Auskünfte, die für die Behandlung von Bedeutung sind (Kontaktgespräche, Informationen zur Vorgeschichte und Krankengeschichte, Befundberichte etc.).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von meinem Kind

....., geb.

alle bei anderen Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobenen

Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden können. Ich entbinde folgende Institutionen von der gegenseitigen Schweigepflicht:

Name / Einrichtung:

- Kindergarten ja nein _____
- Schule ja nein _____
- Schulpsychologischer Dienst ja nein _____
- Frühförderung ja nein _____
- Jugendamt / allgem. Sozialdienst ja nein _____
- Gesundheitsamt ja nein _____
- Ergotherapie ja nein _____
- Logopädie ja nein _____
- Krankengymnastik ja nein _____
- Pädaudiologie ja nein _____
- Psychotherapeut ja nein _____

Sonstige (z. B. SPZs, stationäre Einrichtungen u.ä.)

- _____ ja nein
- _____ ja nein
- _____ ja nein

Datum

Unterschrift