

### **Schweigepflichtentbindung**

Als Sorgeberechtigte(r)/ Vormund / volljährige Person entbinde/n ich/wir,

---

für mein Kind / mich selbst:

---

(Name Patient/in)

(Geburtsdatum)

Die Mitarbeiter der KJP Strausberg und nachstehend genannte Personen/Institutionen gegenseitig von der Schweigepflicht zwecks wechselseitigen Austausches von therapielevanten Informationen und Daten über mich / mein Kind:

- Behandelnde/r Kinder- oder Hausarzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiater/in

---

- Schule (bitte auch Namen der/des Klassenlehrers/in, Erzieher/in der Kita eintragen)

---

- andere behandelnde Therapeuten (z.B.: Logopäden, Physio-/Ergotherapeuten etc.)

---

- Jugendamt (bitte auch Namen der/des Sachbearbeiters/in eintragen)

---

- Sonstige Personen/Einrichtung (z.B. SPFH, Tagesgruppe, Wohngruppe etc.)

---

**Eine bereits erteilte Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.**

---

(Ort, Datum)

---

Unterschriften Patient/in aller Sorgeberechtigten