



## Schweigepflichtsentbindung

Patient/in:	geb.:
Wohnhaft:	
Sorgeberechtigt bzw. gesetzlich zuständig:	

Hiermit entbinde ich die KJP Gemeinschaftspraxis Weyhe, für Kinder und Jugendliche, Psychotherapie und Psychiatrie, Grenzstr. 24, 28844 Weyhe und folgende Stellen wechselseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht:


*Die Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit teilweise oder insgesamt widerrufen werden.*

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Informationsaustausch zwischen Frau Dr. Lipps, Frau Dr. Scherf-Geschke und Mitarbeiter/innen und den genannten Personen und Institutionen erfolgt und Berichte über Behandlungen und Einschätzungen ausgetauscht werden können.

---

Datum/ Unterschrift (beide Erziehungsberechtigte und Patient/in ab 14 Jahre)