

**Dr. med. Angela Schmiedhoff**

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. - psychotherapie

Kampstr.32-34 | 44137 Dortmund

Telefon: 0231/142830 | Telefax: 0231/142035

Mail: [info@praxis-schmiedhoff.de](mailto:info@praxis-schmiedhoff.de)

**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG**

Name des/der Patienten/in: .....

geboren am: .....

Hiermit entbinde(n) ich/wir,.....

die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. Angela Schmiedhoff, die Mitarbeiter/innen der Praxis und nachstehend genannte Personen/Institutionen gegenseitig von der Schweigepflicht, zwecks wechselseitigen Austausches von therapie relevanten Informationen und Daten über mein Kind/mich:

behandelnde(r) Arzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiater/in:

.....

Schule, Kita (o.ä.):

.....

andere behandelnde Therapeuten:

.....

Jugendamt:

.....

Sonstige Person/Einrichtung/Krankenhaus:

.....

Eine bereits erteilte Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Sorgeberechtigte und Patient/in ab 14 Jahre