



Dr.med. Jennifer-Judith Hladun
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie

Schweigepflichtsentbindung

Patient:

Name: _____

geboren am: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Dr. med. Hladun und Mitarbeiter*innen der Praxis Kuhstrasse ein Gespräch mit

- dem behandelnden Arzt: _____
- dem Jugendamt: _____
- der Schule: _____
- dem Therapeuten: _____
- Sonstiges: _____

über den Gesundheitszustand meines Kindes führt. Ich bin damit einverstanden, dass an Frau Dr. med. Hladun und Mitarbeiter*innen der Praxis Kuhstrasse Informationen zur Behandlung weitergegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Braunschweig, den _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten