

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde(n) ich / wir, _____

die Mitarbeiter der GMKB - Gemeinnützige Medizinzentren KölnBonn GmbH
sowie

- Schule / Kindergarten: _____
(hier bitte den Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Arzt/Krankenhaus: _____
(hier bitte den Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Jugendamt / Familienhilfe: _____
(hier bitte den Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Jugendhilfeeinrichtung: _____
(hier bitte den Namen der Einrichtung und ggf. den/die Name/n der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person/en eintragen)
- Ergo-, Logo- und Physiotherapeuten der Interdisziplinären Frühförderung GMBiFF , dem Interdisziplinären Therapiezentrum an der Godesburg (ITZ), dem Interdisziplinären Therapiezentrum Oxfordstraße (TEO), dem Interdisziplinären Therapiezentrum Gustav Heinemann Haus (ITZ Gustav-Bonn)
- Ergo- und Logotherapeuten der Logopädischen Praxis Claußen-Wätzel
- Ergotherapeuten der Ergotherapeutischen Praxis am Haus am Stadtwald
- Ergo-, Logo- und Physiotherapeuten der GTB - Gemeinnützige Therapiezentren Bonn GmbH
- Kooperationspartner Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Juliane Neumann, Köln
- Kooperationspartner TKKGe – Therapiezentrum für Kommunikationsstörungen KölnBonn Gemeinnützige GmbH/Zolly
- _____

von der Schweigepflicht und erlaube(n) einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind/mich: _____

- Hiermit bin ich mit der Weitergabe eines schriftlichen Befundberichts an _____ einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

Köln/Bonn, den: _____ Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung zur Behandlung unterschreibt, muss diese Zusatzklärung unterschrieben werden:

Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberechtigte über die oben genannte Diagnostik/Behandlung und die Schweigepflichtentbindung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

Köln/Bonn, den: _____ Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____