

Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
für Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner im Rahmen seiner Untersuchungen und Behandlungen **mündliche und schriftliche therapierelevante Auskünfte** über

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

bei nachfolgend genannten **Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe einholen** und sich **austauschen** darf.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der Einrichtung/Person	Ort	Funktion
Kreisjugendamt	Landratsamt Schwandorf	Jugendhilfe
	Kreisjugendamt Schwandorf	ASD
		Träger Familienhilfe
		Familienhilfe

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:.....

Ort, Datum,

Unterschrift