

**Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
für ärztliche Einrichtungen**

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 **ärztlichen Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der ärztl. Einrichtung/des Arztes	Ort	Funktion
		Hausarzt/Kinderarzt
		Facharzt

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift

**Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
für Bildungs-/Erziehungs- Einrichtungen**

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 **Bildungs-/Erziehungs- Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der Einrichtung/Person	Ort	Funktion
		Schule
		Klassenleitung
		Schulpsychologe:in
		Diagnostik

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift

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
Sachbearbeiter:in:	Landratsamt Schwandorf	Jugendhilfe
	Kreisjugendamt Schwandorf	ASD
		Träger Familienhilfe
		Familienhilfe

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift

Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
weitere relevante Einrichtungen

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 **weiteren relevanten Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der Einrichtung/Person	Ort	Funktion
		Ergotherapie
		Logopädie
		Frühförderung

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift

**Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
für weitere Bezugspersonen**

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: _____

mit folgenden Sorgeberechtigten bzw. Angehörigen austauschen darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name	Ort	Funktion

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift