

**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.

<b>Name der Einrichtung/Person</b>	<b>Ort</b>	<b>Funktion</b>
		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.

<b>Name der Einrichtung/Person</b>	<b>Ort</b>	<b>Funktion</b>
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