

Schweigepflichtentbindung

(Schul-) Jahr _____

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

den Schüler/die Schülerin _____

geboren am, Adresse: _____

bei nachfolgend genannten **Personen/ Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der Einrichtung/Person	Ort	Funktion
		Hausarzt
		Kinderarzt
		Pädaudiologie/HNO
		Augenarzt/ärztin
		Sonstige Fachärzte
		Schule
		Klassenleitung
		Schulpsychologe:in
		Ergotherapie
		Logopädie
		Frühförderung
Sachbearbeiter:in:		Jugendhilfe
		ASD
		Familienhilfe
		Sonstige Personen

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere: _____

Informationsaustausch per Fax und eMail ist erlaubt: Ja Nein

Schwandorf, den _____ Unterschrift: _____