



Praxis für Kinder- &  
Jugendpsychiatrie  
und -Psychotherapie  
Dr. - medic. Alexandru C. Coman  
Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie  
Suchtmedizinische Grundversorgung

Mussinonstr. 31, 94327 Bogen  
Tel. 09422-2039504, Fax 09422- 2039505

Email: [info@kjp-straubing-bogen.de](mailto:info@kjp-straubing-bogen.de), [www.kjp-straubing-bogen.de](http://www.kjp-straubing-bogen.de)

### Schweigepflichtentbindung

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bogen mit folgenden Personen/Institutionen Kontakt aufnehmen und/oder Unterlagen austauschen darf: **Gleichzeitig bitten wir darum allen angekreuzten Einrichtungen, Kollegen, Therapeuten etc. diese Schweigepflichtentbindung in Kopie vor zu legen und zu überlassen, damit die Kontaktaufnahme zügig erfolgen kann.**

- Vater bzw. Mutter \_\_\_\_\_
- Haus- oder Kinderärzte (ggf. Name) \_\_\_\_\_
- Sozial-/Jugendamt (ggf. Name) \_\_\_\_\_
- Sozialpädiatrisches Zentrum (ggf. Name) \_\_\_\_\_
- Niedergelassene Kollegen \_\_\_\_\_
- Lehrer, Erzieher (ggf. Name) \_\_\_\_\_
- Ergotherapeuten, Logopäden \_\_\_\_\_
- Sonstige (ggf. Name) \_\_\_\_\_
- Krankenhaus \_\_\_\_\_

Betreffend den Patienten \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

sowie dass die angekreuzten Partner damit gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden sind.

Das Sorgerecht liegt bei  beiden Elternteilen  
 nur bei der Mutter  
 nur beim Vater  
 Sonstige \_\_\_\_\_

**Sollte das Sorgerecht bei mehreren Personen oder Institutionen liegen, ist es zwingend erforderlich, dass alle Berechtigten ihr Einverständnis durch Unterschrift geben.  
Wir/Ich können die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift des Jugendlichen (ab 14 Jahren)