



## Schweigepflichtsentbindung

.....  
Name, Vorname (Kind)

.....  
Geburtsdatum (Kind)

Ich bin damit einverstanden, dass die sozialpsychiatrische Praxis von Doctor-medic Bogdan Gauca Informationen oder Daten über mich / uns / meine Tochter / meinen Sohn austauschen darf mit:

.....  
Kinder- oder hausärztliche Praxis

.....  
Telefon

.....  
Therapeut/in

.....  
Telefon

.....  
Schule/Kindergarten

.....  
Telefon

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich/wir den therapeutischen Mitarbeitern und/oder Ärzten gegenüber anvertraut haben.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und/oder Institutionen. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Mutter

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Vater