

## Entbindung von der Schweigepflicht

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die folgenden Personen von der Schweigepflicht gegenüber der Praxis:

1. Kinderarzt: \_\_\_\_\_
2. Logopädie: \_\_\_\_\_
3. Ergotherapie: \_\_\_\_\_
4. Heilpädagoge: \_\_\_\_\_
5. Kindergarten/Erzieherin: \_\_\_\_\_
6. Schule/Klassenlehrer: \_\_\_\_\_

Die Schweigepflichtentbindung gilt wechselseitig für beide Seiten. Ich bin mit einem Austausch mit den oben genannten Personen über die Schwierigkeiten meines Kindes, \_\_\_\_\_ einverstanden. Für den Therapeut ist die Einholung von Informationen wichtig, um einen geeigneten Behandlungsplan für Ihr Kind erstellen zu können.

Wir danken Ihnen!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_