Entbindung der Schweigepflicht

Name, Vorname:	**Geb.-Datum:**

Ich erlaube den Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Sozialarbeitern des ATZ Unna-Königsborn bis zum schriftlichen Widerruf,

☐ Befunde/ Berichte von den u.a. Stellen anzufordern.
☐ Befunde/ Berichte aus unser Einrichtung an die u.a. Stellen weiterzugeben
☐ mit Mitarbeitern der u.a. Stellen persönlich oder telefonisch zu sprechen.

	Zutreffendes ankreuzen	Nichtzutreffendes vor Unterschrift streichen	**Erteilt am:**	**Widerruf**:
☐	Med. Einrichtung/ Klinik			
☐	Ärztliche Praxis			
☐	Psychologische Praxis			
☐	Sprachth. / Logop. Praxis			
☐	Ergoth. Praxis			
☐	Physioth. Praxis			
☐	Schule			
☐	Kindergarten			
☐	Frühförderstelle			
☐	Autismusambulanz			
☐	Jugendamt			
☐	Sonstiges			

Diese Entbindung von der Schweigepflicht erteilt:

☐Mutter des Kindes
☐Vater des Kindes
☐Klient: in

Bei der Unterschrift einer sorgeberechtigten Person gilt das Einverständnis weiterer sorgeberechtigten Personen als gegeben.

Evtl. Bemerkungen:

Unna, _____

Unterschrift

© Autismus-Therapie-Zentrum Friedrich-Ebert-Str. 114 - 59425 Unna - Tel. 02303/9670-666 - Fax 02303/9670227 - E-Mail atz@lebenszentrum-koenigsborn.de