

DR. MED. BODO PISARSKY
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Psychiatrie Psychotherapie

Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes:

geb.:

wohnhaft:

Hiermit entbinde ich/wir Herrn Dr. med. Bodo Pisarsky, FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; die SPV-MitarbeiterInnen der Praxis sowie

behandelnde Ärzte:

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

.....

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

.....

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

Lehrerin/Erzieherin:

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

Schulpsychologischer Dienst:

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

Kliniken:

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

.....

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

Sonstige Institutionen (Jugendamt, Familienberatung u.ä.)

.....

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

.....

AB	Tel.	Bef.
----	------	------

gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Ärztliche/psychologische Befunde können erfragt, angefordert und übermittelt werden. Erforderliche Maßnahmen und Therapievorschläge können besprochen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass ich dieser Schweigepflichtsentbindung schriftlich widersprechen kann.

Berlin,

Unterschrift:

AB = Arztbrief/schulrelevante Tests Tel. = Telefonat Bef. = Befunde anfordern

Tempelhofer Damm 138 12099 Berlin
Tel.: 030-694 63 20 Fax: 030-757 07 641
www.kinderpsychiatrie-praxis.de