



Schweigepflichtentbindung

Hiermit erlaube ich Herrn Dr. med. Forouher und Mitarbeiterinnen den wechselseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind mit folgenden Personen:

Praxis / Institution	Personen	Telefonnummer / Fax
Schule / ReBBZ / Kindergarten:		
Jugendamt / Familienhilfe:		
Arzt / Krankenhaus:		
Psychotherapie / Logopädie / Ergotherapie:		

Name des Kindes: _____

geb.: _____

Name (des/der Sorgeberechtigten): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

*Wenn ich mir das Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den/die andere/n
Sorgeberechtigte/n von dieser Schweigepflichtentbindung. Mir ist bekannt, dass ich die
Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen werden kann.*