



Schweigepflichtentbindung

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

Praxis / Institution

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.*