



Praxis Tara Dougherty
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Benzstr. 3a · 37083 Göttingen
Telefon 0551.7707980 · Telefax 0551.7707981
kjppraxis@posteo.de

Schweigepflichtsentbindung/Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass Frau Dougherty, bzw. therapeutische Mitarbeiter der Praxis Befunde von mir/meinem Kind einholen. Außerdem bin ich einverstanden mit Kontaktaufnahmen, Einholen und Weiterleiten von mündlichen bzw. schriftlichen Informationen von:

Schule/Kindertagesstätte: _____

Behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten: _____

Stationäre/sonstige Einrichtungen: _____

Jugendamt: _____

Sonstiges: _____

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann/können.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten