



Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Hiermit entbinden wir Frau Daniela Horwath-Wilde, Fachärztin für Kinder-
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber folgenden Personen oder Institutionen:

Kinderarzt/-
Hausarzt _____ Tel _____

Therapeuten _____ Tel _____

Schule/Kindergarten _____ Tel _____

Jugendamt _____ Tel _____

Sonstige _____ Tel _____

Und ermächtigen Frau Daniela Horwath-Wilde zur Auskunftserteilung bezüglich
Vorgeschichte, Diagnose, Verlauf und Prognose unseres Kindes.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt wechselseitig und erlaubt den schriftlichen
und mündlichen Austausch der oben genannten Personen bezüglich der
psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung unseres Kindes.

Sie kann jederzeit von den Sorgeberechtigten widerrufen werden.

Ludwigsburg, den _____

Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Unterschrift sonstiger Sorgeberechtigter