

Entbindung von der Schweigepflicht

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Jugendlichen:	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Adresse des Sorgeberechtigten (1)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Adresse des Sorgeberechtigten (2)	Geburtsdatum

Oben genannte/r Jugendliche/r befindet sich nach § 27 i.V. Mit § SGB VIII in vollstationärer Betreuung im Haus Vogelnest.

Hiermit entbinde(n) ich/wir die Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Reinlein Joachim und das Haus Vogelnest, vertreten durch Herrn Jürgen Spring und dessen Mitarbeiter, im Rahmen der einrichtungsbezogenen, intensiv-heilpädagogischen Interventionen, von der gegenseitigen Schweigepflicht. Vertrauliche Inhalte in den therapeutischen Sitzungen, zwischen Kind/Jugendlicher und Therapeut, bleiben von der Schweigepflichtentbindung selbstverständlich unberührt.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf:

- Befundberichte
- Krankengeschichte - Eigen- und Familienanamnese
- psychologische Tests
- schriftliche Einschätzungen und Empfehlungen

soweit diese im unmittelbaren Zusammenhang mit der Jugendhilfemaßnahme mit ihrem Hilfeplan nach § 36 stehen.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigter