



Graf-Eberstein-Str. 2A  
 76199 Karlsruhe – Rüppurr  
 Tel: 0721 – 889 3540  
 Fax: 0721 – 889 3549  
 Email: [info@praxis-sabineschenkl.de](mailto:info@praxis-sabineschenkl.de)  
[www.praxis-sabineschenkl.de](http://www.praxis-sabineschenkl.de)

**Befund Anforderung / Einverständnis Kooperation**  
für

---

Name Kind/Jugendliche(r), Vorname Geburtsdatum

---

Strasse, Hausnummer PLZ Ort

**Bitte senden Sie alle Berichte / Befunde / Testergebnisse etc. des/der o.g. Kindes/Jugendlichen an:**

Dr. med. Sabine Schenkl  
 Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie  
 Graf-Eberstein-Str. 2A  
 76199 Karlsruhe

**Mit meiner Unterschrift entbinde ich Frau Dr. Sabine Schenkl und Ihre Mitarbeiterinnen sowie nachfolgend benannte Ärzte/Kliniken/Institutionen/Personen/Einrichtungen, ... – auf Gegenseitigkeit von der Schweigepflicht:**

- o Arzt/der Klinik: .....
- o Kindergarten/Schule: .....
- o Jugendamt: .....
- o Sonstige: .....

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde übermittelt / gemeinsam besprochen werden.

Wenn ich das Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den anderen Elternteil von dieser Schweigepflichtsentbindung.

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (Email, Fax, Post) widerrufen kann.

**X** \_\_\_\_\_  
 (Unterschrift Eltern, sorgeberechtigten Person/en, Vormund, Bevollmächtigter)

**X** \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname in Druckbuchstaben der Eltern, sorgeberechtigten Person/en, Vormund, Bevollmächtigter)

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....