



Graf-Eberstein-Str. 2A
 76199 Karlsruhe – Rüppurr
 Tel: 0721 – 59842 2540
 Fax: 0721 – 59842 2549
 Email: info@praxis-sabineschenkl.de
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 Schenk
 Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
 Graf-Eberstein-Str. 2A
 76199 Karlsruhe

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

- Arzt/der Klinik:
- Kindergarten/Schule:
- Jugendamt:
- 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: