



betreffend: _____

Praxen Dr. Flor, Dr. Kießling, Herr Gundacker intern sowie wechselseitig zweckgebunden gegenüber:

Haus- / Kinderärztin / -arzt

anderen Ärzten, Therapeuten, Heilpraktikern, einschließlich Klinik, Ergotherapie,
Logopädie, Physiotherapie

Gesundheitsamt einschließlich KJPD, KJD, SPD

Heimatschule oder Ausbildungsstätte einschließlich Schulsozialarbeiterin und Schulpsychologin
mit SIBUZ / Schulamt / Arbeitsamt

Jugendamt, Jugendhilfeeinrichtung, Einzelfall- und Familienhelfer, Verfahrensbeistandschaft

explizit gegenüber _____

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich
widerrufen kann / können. Differenzierte Angaben zur Datenverwendung sind jederzeit
über Frau Flor abrufbar, 0151 611 69 611.

Es besteht keine andere kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
(Kinderpsychiater, SPZ, Kinder-/Jugendtherapeut, Institutsambulanz).

Unterschrift JugendlicheR / jungeR ErwachseneR: _____

ggf. Unterschrift Sorgeberechtigte: _____

Datum: _____