

Schweigepflichtsentbindung

Betrifft:

Als Sorgeberechtigte/r des o.g. Kindes entbinde ich Frau Dipl.-Med. Martina Berrisch sowie die MitarbeiterInnen der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Celle von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber

- ---
- ---
- ---

Die Schweigepflichtsentbindung besteht wechselseitig und kann jederzeit widerrufen werden.

(Datum)

(Unterschrift)

www.kjp-celle.de

Behandlungseinverständnis

Betrifft:

Als Sorgeberechtigte/r für das o.g. Kind bin ich mit einer Diagnostik und/oder Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Celle einverstanden.

(Datum)

(Unterschrift)

www.kjp-celle.de