



Praxis P. Galette *Heinrich-Deibel-Str. 10 * 35457 Lollar

Prisca Galette

**Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**
Fon.: 06406-9090630
Fax.: 06406-9090631
praxisgalette@kjp-lollar.de
www.kjp-lollar.de

Datum:

Einverständniserklärung / Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich als Sorgeberechtigte(r) für

.....
geb. am

mein Einverständnis, dass o. g. in der Praxis P. Galette für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters zur ärztlichen und psychologischen Diagnostik und ggf. Behandlung vorgestellt wird.

Gleichzeitig entbinde ich Frau P. Galette betreffs der Ergebnisse ihrer Untersuchungen von der Schweigepflicht gegenüber

.....

Ich bin an einem persönlichen Gespräch interessiert und werde mich zwecks Terminvereinbarung unter der Tel. Nr. 06406-9090630 melden.

Ich möchte einen Abschlussbericht über die Untersuchungsergebnisse erhalten.

(Name) (Straße) (Ort)

(Datum) (Unterschrift des (r) Sorgeberechtigten)