

## Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Diagnostik

Wir entbinden die behandelnden Diagnostiker:innen bzw. Therapeut:innen, sowie Mitarbeiter:innen des Sekretariats der Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Bielefeld (HaKiJu), sowie die nachfolgenden Personen bezüglich unseres Kindes

\_\_\_\_\_ ,  
geboren am \_\_\_\_\_ von der gegenseitigen Schweigepflicht:

Institution	Name	Adresse	Telefonnummer
Ärzt:innen Krankenhaus Psychotherapeut:innen			
Lehrer:innen Erzieher:innen			
Jugendhilfe Jugendamt			
Sonstige Personen			

Uns ist bekannt, dass wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

Ort und Datum

Unterschrift des:r Betroffenen bzw.  
Unterschrift der:des **ersten** Erziehungsberechtigten

Ort und Datum

Unterschrift der:des **zweiten** Erziehungsberechtigten

## Schweigepflichtentbindung zur Weitergabe des Befundbericht an den Hausarzt

Wir entbinden die Mitarbeiter:innen der HaKiJu und den Kinderarzt/die Kinderärztin bzw. Hausarzt/Hausärztin bezüglich unseres Kindes \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ von der gegenseitigen Schweigepflicht und sind damit einverstanden, dass der Befundbericht am Ende des Diagnostikprozesses an eben diesen Arzt/diese Ärztin geschickt werden darf.

Name des Arztes/der Ärztin:

Adresse des Arztes/der Ärztin:

---

Ort und Datum

Unterschrift des:r Betroffenen bzw.

Unterschrift der:des **ersten** Erziehungsberechtigten

---

Ort und Datum

Unterschrift der:des **zweiten** Erziehungsberechtigten