PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Sie für meinen/ unseren Sohn meine / unsere Tochter

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

telefonischen / schriftlichen Kontakt zur / zum _____

_____ Tel.: _____
Kindertagesstätte:

_____ Tel.: _____
Schule / Schulpsychologischer Dienst / Hort:

_____ Tel.: _____
Einrichtung :

_____ Tel.: _____
Allgemeiner sozialpäd. Dienst / Jugendamt / Familienhelfe:

_____ Tel.: _____
Arzt /Ärztin / Krankenhaus:

_____ Tel.: _____
Therapeuten:

_____ Tel.: _____
Mutter/Vater/Tante/Onkel/Oma/Opa/Partner/Lebensgefährte:

aufnehmen dürfen, um ärztlich / psychologische Befunde zu erfragen/ anzufordern oder weitere Maßnahmen und Therapievorschläge zu besprechen / schriftlich weiterzuleiten.

Datum: _____

_____ _____
Unterschrift Kindesmutter: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Kindesvater: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift des Vormundes: Name in Druckbuchstaben:

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion