



Dr. med. **Sölva Kahl**

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können, benötigen wir in der Regel Informationen von Vorbehandlern, Tagesbetreuungseinrichtungen, Schulen und gegebenenfalls des Jugendamtes. Wir bitten Sie daher, diese von Ihrer Schweigepflicht zu entbinden:

Hiermit entbinde ich als sorgeberechtigter Elternteil die Mitarbeiter der nachfolgend genannten Institutionen gegenüber den Mitarbeitern der Praxis Dr. med. Sölva Kahl bezüglich meines Kindes von ihrer Schweigepflicht.

Name und Geburtsdatum des Kindes: _____

Institution (Name)	Ansprechpartner	Datum/Unterschrift
Kita		
Schule und Hort		
Jugendamt		
Arzt		
Klinik		
Logopädie		
Ergotherapie		
Sonst		

VIELEN DANK!