

**H.-Rüdiger Barnert**  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
Theresienstr. 25  
85049 Ingolstadt

**Schweigepflichtentbindung**

Als Sorgeberechtigte / r des Kindes

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
(Bitte Name des Kindes angeben!)

entbinde ich nachfolgende Einrichtungen / Praxen (bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

- Hausarzt: \_\_\_\_\_
- Schule / Kindergarten: \_\_\_\_\_
- HPT: \_\_\_\_\_
- Jugendamt: \_\_\_\_\_
- Klinik(en): \_\_\_\_\_
- sonstige: \_\_\_\_\_

und den Arzt sowie die Mitarbeiter/innen der Praxis R. Barnert gegenseitig von der Schweigepflicht und gebe(n) meine / unsere Einwilligung zu

- einer Kontaktaufnahme
- der Übermittlung personenbezogener Daten (Ärztliche Befunde / Dokumentation, Gutachten, Testergebnisse)

Die Weitergabe der o. g. personenbezogenen Daten erfolgt zum Zwecke der Diagnostik und Behandlung.

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bei Nichterteilung einer Schweigepflichtentbindung bzw. einem Widerruf einer Entbindungserklärung erfolgt keine Weitergabe personenbezogener Daten.

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten