

Dr. med. Simone Jungjohann

Fachärztin für Kinder - und Jugendpsychiatrie / - psychotherapie



Bruchstraße 15 a · 57462 Olpe · Tel.: 02761-8394172 · Fax: 02761-8395706

Hiermit entbinde ich, _____,
die kinder - und jugendpsychiatrische Praxis von Frau Dr.med Simone Jungjohann gegenüber
folgenden Stellen gegenseitig von der Schweigepflicht bezogen auf die Diagnostik und
Behandlung meines

Kindes/ _____, geb. _____

- Arzt: _____
- Jugendamt: _____
- Kindergarten/ Schule: _____
- Heimeinrichtung: _____
- Psychologe/Psychotherapeut: _____
- Krankenhaus: _____
- Ergotherapie: _____
- Logopädie: _____
- Heilpädagogik: _____
- Sonstiges: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Datum

Unterschrift