

# Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Jan Jensen

Diplom-Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie)

## Schweigepflichtentbindung und Vorbefundanforderung

Patient\*in (Name, Vorname) : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde/n ich/wir die Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Herrn Dipl.-Psych. Jan Jensen von ihrer/seiner gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen.

Gleichzeitig willige/n ich/wir ein, dass die Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Herrn Dipl.-Psych. Jan Jensen die vorhandenen Vorbefunde und Berichte von den untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen anfordert bzw. schriftlich und mündlich vollumfänglich Informationen von diesen Personen bzw. Institutionen einholen darf.

\_\_\_\_\_ (Leerräume bitte streichen!)

\_\_\_\_\_ (Leerräume bitte streichen!)

\_\_\_\_\_ (Leerräume bitte streichen!)

\_\_\_\_\_ (Leerräume bitte streichen!)

### Hinweis:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

**Ich bin / wir sind über die oben dargestellten Vereinbarungen zur Schweigepflicht und zur Anforderung von Vorbefunden ausführlich informiert worden und stimmen diesen Regelungen ausdrücklich zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r