

SCHWEIGEPLICHTSENTBINDUNG KJP

Name Kind / Jugendliche*r:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

Die Entbindung dient dem Zweck der optimalen Planung und Behandlung. Der/die Unterzeichnende entbindet die Psychosoziale Spitex GmbH und die Mitarbeitenden der Psychosoziale Spitex GmbH (KJ) vom Berufsgeheimnis, beim oben aufgeführten Kind/Jugendlichen gegenüber folgenden Institutionen:

Wenn eine Position nicht aufgeführt ist, gilt diese als nicht entbunden von der Schweigepflicht!

Institution	Ansprechperson	Adresse/Telefon/Mail
Schule (inkl. Schulpflege) Schulhaus: _____ Ort: _____		
Schulsozialarbeiter/in Name: _____ Ort: _____		
Zuweiser (z.B. Klinik, Psychiater) Name: _____ Ort: _____		
Hausarzt / weitere Ärzte Art: _____ Name: _____		
Schulpsychologischer Dienst		
Kindes- und Erwachsenenschutz (KESB / KESD) Ort: _____		



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG KJP

Sorgeberechtigte / Eltern (bei Urteilsunfähigkeit): Name: _____ Ort: _____		
Weitere: Name: _____ Ort: _____		

Ist der Jugendliche urteilsfähig?

☐

ja

☐

nein

Unterschrift Jugendliche/r
nur bei Urteilsfähigkeit:

Ort, Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Unterschrift Sorgeberechtigte / Eltern:
nur wenn Jugendlicher NICHT urteilsfähig ist

Name/Vorname:

.....

Ort, Datum:

.....

Unterschrift(en):

.....

.....