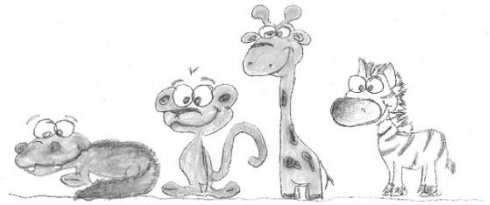


Dr. med. Nataša Brückner  
 Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,  
 -psychotherapie  
 Ramona Schumann  
 Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,  
 -psychotherapie  
 Fachärztin für Neurologie  
 Wilhelm - Theodor Römheldstr.14, 55130 Mainz  
 Tel: 06131/3275205 / Fax: 06131/3275204  
 E-Mail:empfang@kjp-praxis-mainz.de



## Rechtsverbindliche Erklärung

**Betrifft (Name des Patienten):** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigter des o.g. Kindes/Jugendlichen entbinde(n) ich / wir Fr. Dr. med. Brückner / Fr. Schumann und deren Mitarbeiter/innen von der Pflicht zur Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB gegenüber

1. Schule/Kindergarten \_\_\_\_\_ ☎ .....
2. Jugendamt/Sozialamt \_\_\_\_\_ ☎ .....
3. Soziale Träger \_\_\_\_\_ ☎ .....
4. Arbeitsamt/Jobcenter \_\_\_\_\_ ☎ .....
5. Logopädie \_\_\_\_\_ ☎ .....
6. Ergotherapie \_\_\_\_\_ ☎ .....
7. Therapeut/Arzt \_\_\_\_\_ ☎ .....
8. Sonstigen: \_\_\_\_\_ ☎ .....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden.  
 Einschränkungen bitte notieren.

\_\_\_\_\_

Mainz, den .....Unterschrift:.....

### Bei volljährigen Patienten

Hiermit entbinde ich Fr. Dr. med. Brückner / Fr. Ramona Schumann und deren Mitarbeiter/innen von der Pflicht zur Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB gegenüber

1. Mutter \_\_\_\_\_ ☎  
 .....
2. Vater \_\_\_\_\_ ☎ .....
3. \_\_\_\_\_ ☎ .....
4. \_\_\_\_\_ ☎ .....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden.  
 Einschränkungen bitte notieren.

\_\_\_\_\_

Mainz, den .....Unterschrift:.....