



Wichtige Adressen, Telefonnummern und Vorbehandlungen

Liebe Eltern, zur Abklärung und Behandlung Ihres Kindes sind in der Regel **Kontakte zu anderen beteiligten Personen und Institutionen** sinnvoll. Bitte nennen Sie **wichtige Ansprechpartner mit Telefonnummern** für aktuelle Fragen oder für zurückliegende Untersuchungen. Damit wir Informationen und Befunde von den Ansprechpartnern anfragen und an diese weitergeben können, entbinden Sie uns und den Gesprächspartner bitte, sofern einverstanden, von der **Schweigepflicht**. Diese geben Sie durch ankreuzen und die **Unterschrift der / des Sorgeberechtigten** in der Spalte ganz rechts **hinter jedem Ansprechpartner**. Bitte besprechen Sie Zweifelsfälle mit Ihrem Arzt / Psychologen / Therapeuten in unserer Klinik.

Vielen Dank!

Name:	Vorname:	Geb.datum:
Name des Ansprechpartners / Beteiligte Institutionen	Tel. / Fax / E-Mail	Gegenseitige Schweigepflichtent- bindung
Schule (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Klassenlehrer/in (Name)	(Tel., E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Lehrer/innen (Name)	(Tel., E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulpsychologischer Dienst (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulpflege (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulsozialarbeiter (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum:	Unterschrift:	

bitte wenden



Kindergarten / Krippe / Hort (Name, Anschrift)	(Telefon)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Ansprechpartner/innen (Name):	(Telefon)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Haus- / Kinderarzt /-ärztin (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Weitere wichtige Ärzte (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Therapeuten/innen (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Sozialdienst (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Beistand /-ständin (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Vormund / -mündin (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Andere (Name, Anschrift)	(Telefon / Fax / E-Mail)	einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Datum:	Unterschrift:	