

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

Sorgeberechtigte/r / ggf. volljährige/r Patient/in

wohnhaft in:

entbinde hiermit Frau Sandra Brüchmann (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)

von der Schweigepflicht (§ 23 StGB) durch diese Einwilligungserklärung.

Ich willige hiermit ein, dass Frau Brüchmann folgende Angaben von meinem Kind offenbart

gegenüber:

Haus- bzw. Kinderarzt / Haus- bzw. Kinderärztin

Name

Adresse

Telefon

Vorbehandler/ in (Psychotherapeut/ in / Ergotherapeut/ in etc.)

Name

Adresse

Telefon

Klinik

Name

Adresse

Telefon

Ansprechpartner/in

Schule

Name Schule

Name Klassenlehrer/ in

Adresse

Telefon

Jugendamt

Name

Adresse

Telefon

sonstige

Name

Adresse

Telefon

Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die Adressaten dieser Erklärung. Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in