



THERAPIEHAUS
FEUERSTEIN

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Geb.Datum: _____

die Mitarbeiter des Therapiehaus Feuerstein gegenüber:

Arbeitgeber: _____

Schule: _____

Jugendamt: _____

Familienhilfe: _____

Arzt/Therapeut/KH: _____

Sonstige: _____

von der Schweigepflicht und erlaube einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch.

Diese Entbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift