



THERAPIEHAUS
FEUERSTEIN

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde(n) ich (wir) als Personensorge-/Erziehungsberechtigte/r

(Namen aller Sorgeberechtigten):

die Mitarbeiter des Therapiehaus Feuerstein gegenüber:

- Kindergarten: _____
- Schule: _____
- Jugendamt: _____
- Familienhilfe: _____
- Arzt/Therapeut/KH: _____
- Sonstige: _____

von der Schweigepflicht und erlaube(n) einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind:

(Name+Geb.Datum) _____

Diese Entbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift