

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich

Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

die Mitarbeiter des Therapiehaus' Feuerstein gegenüber

*(ACHTUNG: Pro Person / Institution eine eigene Schweigepflichtsentbindung. Mehrfachnennungen innerhalb eines Dokumentes sind ungültig.)*

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorge-/Erziehungsberechtigte/r