

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Geb. Datum: _____

die Mitarbeiter*innen des Therapiehaus' Feuerstein gegenüber

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

- ☐ Arbeitgeber: _____
- ☐ Schule: _____
- ☐ Jugendamt: _____
- ☐ Familienhilfe: _____
- ☐ Arzt/Therapeut/KH: _____
- ☐ Eltern: _____
- ☐ 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