



**THERAPIEHAUS**  
FEUERSTEIN

## 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