

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPLICHT

Hiermit entbinde ich

Vor- und Zuname Patient\*in: \_\_\_\_\_

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 Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten sofern Patient\*in u18 Jahre