



THERAPIEHaus
FEUERSTEIN

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

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