

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