



THERAPIEHaus
FEUERSTEIN

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTlich/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde/n ich/wir als Personensorge-/Erziehungsberechtigte/r

(Namen aller Sorgeberechtigten):

(ACHTUNG: Pro Person / Institution eine eigene Schweigepflichtentbindung. **MehrfaChnennungen innerhalb eines Dokumentes sind ungültig.**)

- | | | |
|--------------------------|--------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Arbeitgeber: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Schule: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Jugendamt: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Familienhilfe: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Arzt/Therapeut/KH: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige: | _____ |

von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiter*innen des Therapiehaus' Feuerstein und erlaube einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind.

(Name + Geb. Datum des Kindes):

Diese Entbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten