

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

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

(Namen aller Sorgeberechtigten):

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

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

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