

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.**)

☐

Arbeitgeber:

☐

Schule:

☐

Jugendamt:

☐

Familienhilfe:

☐

Arzt/Therapeut/KH:

☐

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