



**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 Schweigepflichtsentbindung. **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