

Schweigepflichtsentbindung

Wir entbinden hiermit die behandelnde Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Franziska Schürg bezüglich unseres Kindes _____,

geb. am _____

und

Ja/nein

- die (überweisenden, mitbehandelnden) Ärzte
- die vormals oder derzeitig behandelnden Krankenhäuser
- das Jugendamt
- den Kindergarten/Hort
- die Schule
- die vorbehandelnden Therapeuten
- sonstige: _____
- sonstige: _____

bis zum Behandlungsende gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Montabaur, den _____

Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Montabaur, den _____

Datum Unterschrift des Jugendlichen ab 15 Jahren

* Zutreffendes bitte durchgängig ankreuzen