



## Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, \_\_\_\_\_  
( Vor- und Zuname)

- sorgeberechtigte Kindsmutter  
 sorgeberechtigter Kindsvater  
 sonstige/r Sorgeberechtigte/r  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

entbinde hiermit \_\_\_\_\_  
( Vor- und Zuname der Psychotherapeutin)

von der Schweigepflicht und bin mit der Weitergabe von Behandlungsdaten bezüglich meines  
Sohnes/meiner Tochter \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname)

geboren am: \_\_\_\_\_

zum Zwecke der/des: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

an folgende Person/en oder Einrichtung/en:

einverstanden.

Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r