

## Entbindung von der Schweigepflicht

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

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

entbinde hiermit \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des/der Psychotherapeuten/in

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

geboren am: \_\_\_\_\_  
zum Zwecke der

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

an folgende Person/en oder Einrichtung/en:

einverstanden.

Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

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

