



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/Wir

Vor- und Zuname

Vor- und Zuname

sorgeberechtigter Kindsvater

sorgeberechtigte Kindsmutter

sonstige/r Sorgeberechtigte/r

entbinde/n hiermit

Frau Dipl. Reha-Psychologin (FH) Nina Klaß , Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin,

Frau Dipl. Päd. Petra Wendt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin,

von der Schweigepflicht und erkläre/n mich/ uns mit der Einholung und Weitergabe von
Behandlungsdaten

bezüglich des Kindes/ Jugendlichen

Name, Vorname des Kindes/ Jugendlichen

geboren am

zum Zwecke der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung gegenüber folgender
Person/ Einrichtung

einverstanden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt ausdrücklich gegenseitig zur Einholung und Weitergabe
von personenbezogenen Daten. Sie kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen
werden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter/
Berechtigte/r der Gesundheitsfürsorge

Unterschrift Sorgeberechtigter/
Berechtigte/r der Gesundheitsfürsorge