

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____

Vor- und Zuname

☐ sorgeberechtigte Kindsmutter

☐ sorgeberechtigter Kindsvater

☐ sonstige/r Sorgeberechtigte/r

(zutreffendes bitte ankreuzen)

entbinde hiermit die Psychotherapeutin **Nicole Höger M.A.**

von der Schweigepflicht und bin mit der Weitergabe von Behandlungsdaten bezüglich meines

Sohnes/meiner Tochter _____, geboren am: _____

Vor- und Zuname

zum Zwecke der

an folgende Person/en oder Einrichtung/en:

einverstanden.

Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die Adressaten dieser Erklärung. Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r