

Name:
Vorname:
Geb.:
Anschrift:
Chiffre:



Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meine ambulante Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Dipl. Soz.-Päd. Marthe Schönewald von der
Schweigepflicht gegenüber

... dem/der Hausarzt/in meines Kindes

Titel/Name/Fachrichtung:

Straße, PLZ, Ort, Tel:

... dem zuständigen Jugendamt

Titel/Name/Fachrichtung:

Straße, PLZ, Ort, Tel.:

... folgenden weiteren Behandlern

Titel/Name/Fachrichtung:

Straße, PLZ, Ort, Tel:

Titel/Name/Fachrichtung:

Straße, PLZ, Ort Tel.:

(nicht benutzte Felder bitte durchstreichen!)

Weiterhin entbinde ich oben genannte/n

- | | | |
|----------------------|----|---------|
| - Hausarzt/in | ja | nein |
| - Jugendamt | ja | nein |
| - Weiteren Behandler | | ja nein |
| - Weiteren Behandler | | ja nein |

von der Schweigepflicht gegenüber meiner ambulante Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Dipl. Soz.-Päd. Marthe Schönewald.

Bad Bevensen, den

(Datum)

(Unterschrift)