Psychotherapeutische Praxis
für Kinder und Jugendliche
Debora Hahn

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinden wir / entbinde ich

. . . . . .
Namen der gesetzlichen Vertreterin und / oder des gesetzlichen Vertreters bzw. Name der Patientin / des Patienten

☐ Frau / Herr . . . . . .

☐ Ärztin / Arzt / Klinik . . . . . .

☐ Psychotherapeut/in . . . . . .

☐ Kiga / Schule . . . . . .

☐ Jugendamt . . . . . .

☐ Sonstige: . . . . . .

. . . . . .

und

Debora Hahn, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Hauptstraße 39 a, 58540 Meinerzhagen

bezüglich meiner Tochter / meines Sohnes / meiner Person / meines Mündels (nicht Zutreffendes bitte streichen)

. . . . . .
ggf. Name, Vorname, Geburtsdatum

wechselseitig von der Schweigepflicht.

. . . . . .
Ort / Datum

. . . . . .
Unterschrift Patient / -in

. . . . . .
Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin und / oder des gesetzlichen Vertreters