

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 / Herrn
- Ärztin / Arzt / Klinik
- Psychotherapeut/in
- Kiga / Schule
- Jugendamt
- Sonstige:
-

und

Debra Hahn, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Volmestraße 2b, 58540 Meinerzhagen

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

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

wechselseitig von der Schweigepflicht.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient / -in

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