

Schweigepflichtsentbindung

Betreffende Patient/in:

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
-------------------	--------------

Sorgeberechtigte/r, bzw. gesetzliche Vertretung:

Vor- und Nachname Sorgeberechtigte/r	Geburtsdatum
--------------------------------------	--------------

Vor- und Nachname Sorgeberechtigte/r	Geburtsdatum
--------------------------------------	--------------

Der/die Unterzeichner/in entbindet Daniela M. Stumpf, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin und

Vor- und Nachname / Institution – ggfs. Telefonnummer etc.

wechselseitig von ihrer Schweigepflicht und gestatte/n den Austausch von Informationen und Daten (inklusive Arztbriefen und Berichten) bezüglich der Person des/der Patient/in. Dem/der Unterzeichner/in ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und eine nicht-abgegebene Erklärung keine Nachteile für das Behandlungsverhältnis nach sich zieht. Ein Widerruf dieser Erklärung ist jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen für die Zukunft möglich. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit des bis zum Zeitpunkt des Widerrufs auf Grund dieser Erklärung erfolgten Informationsaustausches nicht berührt.

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r
------------	---------------------------------	---------------------------------