

**Schweigepflichtsentbindung** betreffend:

.....  
(Vorname, Name von Patient/in + Geburtsdatum)

Hiermit entbinde ich,

.....  
(Vorname, Name von Sorgeberechtigte/r)

geboren am:

.....  
(Geburtsdatum von Sorgeberechtigte/r)

wohnhaft in:

.....  
(Straße + Hausnummer)

.....  
(PLZ + Ort)

die Mitarbeitenden des Zentrums für Psychotherapie, Bereich Kinder & Jugendliche

von der gemäß §203 StGB wechselseitigen Schweigepflicht gegenüber:

.....  
(Name/n und ggf. Institution/en, mit der/denen gesprochen werden darf)

.....

.....

Zu folgendem Zweck: **Anmeldung und Kommunikation**

.....

Diese Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Patient/in)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Sorgeberechtigte/r oder Gesetzliche/r Vertreter/in)

