

## Schweigepflichtsentbindung

Ich/ wir

---

Vorname, Name (Patient bzw. Sorgeberechtigte)

wohnhaft in

---

Anschrift: Straße, Hausnummer / Postleitzahl / Ort

erkläre mich / erkläre uns mit der Briefweitergabe, bzw. Rücksprache per Telefon / Fax / E-Mail mit dem behandelnden Kinder-/Hausarzt

Name des behandelnden Arztes:

---

Anschrift:

---

meines / unseres Kindes

- einverstanden.  
 nicht einverstanden.

Darüber hinaus erkläre ich mich / wir uns damit einverstanden, dass Fr. Holz und unten genannte Personen / Institutionen relevante Informationen austauschen, welche die psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung meines / unseres Kindes betreffen und entbinde sie und die unten genannten Personen / Institutionen hiermit wechselseitig von der Schweigepflicht.

---

---

---

Ich kann / wir können dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigte