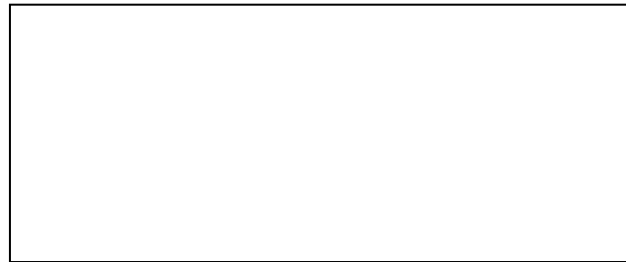


Praxislogo, Praxisstempel o. ä.	Schweigepflichtentbindung aktiv Dokument 2.6.4
---------------------------------	--

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich



Praxisstempel

von seiner Schweigepflicht als Psychotherapeut/in

meine Tochter/meinen Sohn

mich selbst, , betreffend

gegenüber

Name/Institution

Ich bin damit einverstanden, dass o. g. Psychotherapeut/in die/meine Behandlung unserer Tochter/unsere Sohn/mich selbst betreffenden Unterlagen

.....

.....

.....

.....

.....

in Ablichtung zur Verfügung stellen und diesbezügliche Auskünfte erteilen kann,
soweit dies notwendig ist.

Datum:

Unterschrift:

Sorgeberechtigter/Klient

Dokumentenname:	2.6.4 Dok Schweigepflichtenbindung aktiv (V 0)	Seite 1 von 1
Erstellt und Freigegeben:	<i>Name</i>	<i>Datum</i>