

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

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Person/Einrichtung/Institution

von der Schweigepflicht gegenüber dem Psychotherapeuten:

Name, Adresse oder Praxisstempel

Ich bin damit einverstanden, dass o.g. Person/Institution alle

- ☐ die Behandlung unserer Tochter/unsere Sohnes
- ☐ mich,

betreffenden Unterlagen

.....

.....

.....

.....

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

Datum:

Unterschrift:
Sorgeberechtigter/Klient

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