

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____

☐ sorgeberechtigte Kindsmutter

☐ sorgeberechtigter Kindsvater

☐ sonstige/e Sorgeberechtigte/r

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

entbinde hiermit Frau Dipl.-Psych. Anne Schubert, Hörner Str. 1 in 26215 Wiefelstede von der

Schweigepflicht und bin mit der Weitergabe von Behandlungsdaten bezüglich

meiner Tochter / meines Sohnes _____

geboren am: _____

zum Zwecke der

an folgende Person/en oder Einrichtung/en:

einverstanden.

Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort

Datum

Unterschrift