

Einverständniserklärung Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten/der Patientin _____

Geburtsdatum des Patienten/der Patientin: _____

Um sich über mich/den Patienten/die Patientin und für meine Behandlung/die Behandlung des Patienten/der Patientin mündlich und schriftlich austauschen zu können, entbinde ich,

Patient*in ab 15 Jahren: _____

Sorgeberechtigte(r): _____

die Psychotherapeutische Praxis Kulder und deren MitarbeiterInnen gegenüber nachfolgenden Personen und Institutionen von der Schweigepflicht.

	Telefonnummer
Haus-/Fach-/Kinderarzt _____	_____
Therapeutischer Vorbehandler _____	_____
_____	_____
Lehrer/Erzieher _____	_____
Mitarbeiter Jugendamt _____	_____
Sonstige _____	_____
Sonstige _____	_____
Sonstige _____	_____

Gleichzeitig entbinde ich die oben genannten Personen und Institutionen gegenüber der Psychotherapeutischen Praxis Kulder und deren MitarbeiterInnen von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit widerrufen werden kann.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Patient*in ab 15 Jahren: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r): _____