

Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Hiermit entbinde ich/entbinden wir

.....

.....
(Name d. Sorgeberechtigten/ Anschrift/ Telefonnummer)

bezüglich unseres Kindes

.....

die folgenden Beteiligten von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Herr Dipl.-Psych. Jens Fuchsloch
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Bellenstraße 58
68163 Mannheim
Tel.: 0621-42944656
Fax.:0621-42944657
Email: Praxis-Fuchsloch@gmx.de

1.
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

2.

3.

4.

5.

6.

Gleichzeitig entbinde ich/ entbinden wir Herr Dipl.-Psych. Jens Fuchsloch bezüglich unseres Kinds von seiner Schweigepflicht gegenüber den von mir/uns oben genannten Beteiligten, damit im Rahmen seiner therapeutischen Arbeit ein mündlicher und schriftlicher Austausch mit den o.g. Beteiligten möglich ist.

....., den

(Ort)

(Datum)

.....
(Unterschrift PatientIn/ Unterschriften Sorgeberechtigte)