

## Schweigepflichtsentbindung für Eltern und andere Sorgeberechtigte

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Als Sorgerechtsinhaber des o.g. Kindes/Jugendlichen entbinde(n) ich/wir

– zugleich im Namen meines Ehepartners –

\_\_\_\_\_ von der Pflicht zur

(Name des Einzel- und/oder Gruppentherapeuten)

Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB gegenüber

1. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtsentbindung für Erwachsene oder

**Jugendliche (nur bei entspr. Indikation und Dokumentation ab 16 Jahren möglich)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_

(Name des Einzel- und/oder Gruppentherapeuten)

von der Pflicht zur Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB gegenüber

1. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_