



Entbindung von der Schweigepflicht

Patient:in: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich den behandelnden Therapeuten Herrn Maik König von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) durch diese Einwilligungserklärung gegenüber folgenden Personen / Institutionen:

1.)
2.)
3.)
4.)
5.)
6.)

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich/wir dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber anvertraut habe(n).

Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die oben genannten Personen / Institutionen dieser Erklärung.

Diese Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden. Es entstehen durch eine Nichteinwilligung keine Nachteile.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in, des/der Sorgeberechtigten*

*Grundsätzlich ist es notwendig, dass alle Sorgeberechtigten unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert die unterzeichnende Person im Einverständnis mit den anderen Sorgeberechtigten zu handeln oder alleine sorgeberechtigt zu sein.