

## Schweigepflichtentbindung

Name der/s Patientin/en:

Name des/der Erziehungsberechtigten,  
falls Pat./in ein Kind ist:

Geburtsdatum Patient/in:

Straße:

PLZ, Ort:

Hiermit entbinde ich

von der Schweigepflicht gegenüber

- Die Schweigepflichtentbindung wird für eine einmalige Unterrichtung gewährt.
- Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf den gesamten Therapiezeitraum.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Ort, Datum)

(Unterschrift von Patient/in bzw. des/r Erziehungsberechtigten)