

Christoph Treubel

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in:

Vor- und Nachname, Geburtsdatum

Unterzeichner/in:

Vor- und Nachname (entfällt bei einwilligungsfähigen Jugendlichen)

Ich/wir entbinde/n im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Herrn Christoph Treubel, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, und

(Name/n der zu entbindenden Person/en bzw. Einrichtung/en)

(Name/n der zu entbindenden Person/en bzw. Einrichtung/en)

wechselseitig von ihrer Schweigepflicht und gestatte/n den Austausch von Informationen und Daten (inklusive Arztbriefen und Berichten) bezüglich meiner Person bzw. der Person meines/unseres Kindes. Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

Mir/uns ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und eine nicht-abgegebene Erklärung keine Nachteile nach sich zieht. Ein Widerruf dieser Erklärung ist jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen für die Zukunft möglich. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit des bis zum Zeitpunkt des Widerrufs auf Grund dieser Erklärung erfolgten Informationsaustausches nicht berührt.

(Ort, Datum, Unterschrift)