
Schweigepflichtentbindung

für

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum

Als Eltern / sorgeberechtigte Person(en) / Vormund

Namen, Vornamen beider Eltern bzw. sorgeberechtigter Person(en) oder Vormund

entbinde(n) ich / wir das Team der Praxis Schajan (Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) von der Schweigepflicht gegenüber:

Name der Einrichtung, z.B. Schule / Jugendamt

Name der Kontaktperson, z.B. Klassenlehrer*in

Telefonnummer

E-Mail

Mir / uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann.

Berlin, den _____

Unterschrift **beider** Eltern bzw. der sorgeberechtigten Person(en) / Vormund