



Schweigepflichtsentbindung

Ich _____, geb. am _____,

bin über die gesetzliche Schweigepflicht unterrichtet worden.

Ich entbinde die Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Schlick, vertreten durch

- ☐ Herrn Schlick
- ☐ Frau Gerling
- ☐ Frau Klingelhöfer
- ☐ Frau Nock

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber:

Die Schweigepflichtsentbindung gilt wechselseitig für die Mitarbeiter der Praxis Schlick und die o.g. Personen und bezieht sich auf meine Tochter /meinen Sohn/auf mich:

_____, geb. am: _____

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar.

Ort/ Datum: _____

Unterschrift: _____