



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin

Lena Maria Straub

Im Brückerfeld 8

42799 Leichlingen

Telefon: 0163 4555090

Fax: 0217 57302129

Mail: Info@kjp-straub.de

Schweigepflichtsentbindung

.....
Name, Vorname (Kind), Geburtsdatum (Kind)

Ich/ Wir bin/sind damit einverstanden, dass die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Praxis
Lena Maria Straub Informationen oder Daten über mich / uns / das Kind austauschen darf mit:

.....
Kinder- oder hausärztliche Praxis – Telefonnummer

.....
Adresse

.....
PsychotherapeutIn, Ergotherapie, Logopädie - Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Praxis, Ambulanz, SPZ, Klinik – Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Schule, Klassenlehrer/in – Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Jugendamt, Ansprechpartnerin - Telefonnummer

.....
Adresse

.....
Sonstige (z.B. Autismuszentrum)



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin
Lena Maria Straub
Im Brückerfeld 8
42799 Leichlingen
Telefon: 0163 4555090
Fax: 0217 57302129
Mail: Info@kjp-straub.de

Die **Entbindung von der Schweigepflicht** umfasst alle Informationen und Angaben, die ich/wir bzw. das Kind der Psychotherapeutin anvertraut haben.

Die **Schweigepflichtsentbindung** gilt gleichermaßen **in umgekehrter Richtung** für die oben genannten Personen und/oder Institutionen.

Diese **Einverständniserklärung** kann ich/wir **jederzeit schriftlich widerrufen**.

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Mutter**)

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Vater**)

.....
Ort, Datum Unterschrift (**andere Sorgeberechtigte**)