



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin

Lena Maria Straub

Im Brückerfeld 8

42799 Leichlingen

Telefon: 0163 4555090

Fax: 0217 57302129

Mail: [Info@kjp-straub.de](mailto: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](mailto: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**)