

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Sorgeberechtigter Elternteil 1: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_,

Adresse: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigter Elternteil 2: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_,

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich/wir entbinden hiermit die Psychotherapeutin Kirsten Hoffmann von ihrer Schweigepflicht gegenüber:  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

( . ) dem/der behandelnden Arzt/Ärztin meines Kindes: \_\_\_\_\_

( . ) meinem/r Hausarzt:in: \_\_\_\_\_

( . ) dem/r Therapeut:in: \_\_\_\_\_

( . ) dem/r Lehrer:in: \_\_\_\_\_ der Schule \_\_\_\_\_

( . ) dem/r Lehrer:in: \_\_\_\_\_ der Schule \_\_\_\_\_

( . ) dem/r Familienhelfer:in: \_\_\_\_\_

( . ) weiteren Personen: \_\_\_\_\_

Ich/wir berechtiige/n die oben genannten Personen mit Kirsten Hoffmann im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung meines Kindes Gespräche zu führen und Einsicht in schriftliche Unterlagen (insbes. Arztberichte, Testergebnisse, Zeugnisse) zu gewähren: \_\_\_\_\_

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Elternteil 1

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Elternteil 2