



PSYCHOTHERAPIE für Kinder und Jugendliche Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

Praxis Detlev Eibl – Daniel Steinkohl – Roggenstraße 42 – 47574 Goch

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich den Psychotherapeuten, Herrn _____

und **(Name der Person + Name der Institution z.B. Schule, Jugendamt, Arzt, Klinik...)** :

wechselseitig von der beruflichen Schweigepflicht in Bezug auf **(Name + Geburtsdatum des Patienten)** :

Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen.

Ort / Datum / Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Patienten (ab dem 14. Lebensjahr)