

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient:..... , geb. am
wohnhaft in

Sorgeberechtigter 1:, geb. am
wohnhaft in

Sorgeberechtigter 1:, geb. am
wohnhaft in

Hiermit entbinde ich die behandelnde Psychotherapeutin Frau Burri anlässlich meiner Behandlung bzw. der Behandlung meines Kindes **vom** **bis**..... von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an die bzw. von den folgenden Stellen (Name und Ort angeben)

.....
.....
.....
.....
.....

folgende Auskünfte erteilt werden dürfen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- uneingeschränkt über die o. g. Behandlung
- beschränkt auf die folgenden Daten bzw. Unterlagen (z.B. Entlassbericht)

.....

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass die o. g. Person bei den o. g. Stellen Auskünfte über mich zu Zwecken meiner weiteren Behandlung einholen darf.
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Sorgeberechtigter bzw. Patient²)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Sorgeberechtigter bzw. Patient²)

¹ Nur ausfüllen, falls Patient noch nicht einwilligungsfähig ist

² Sobald der/die Jugendliche „einwilligungsfähig“ ist, ist die Einwilligung des Patienten anstelle des Sorgeberechtigten einzuholen.