

DIPL.-PÄD. FLORIAN THIES-FREESE

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Fallingbosteler Str. 2 • 30900 Wedemark • 0176 – 266 86 009

praxis@kjp-thies-freese.de

www.kjp-thies-freese.de

Stand: 01/2025

Entbindung von der Schweigepflicht

Name Patient*in: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Als Sorgeberechtigte(r) für das oben genannte Kind entbinde ich

Florian Thies-Freese, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Fallingbosteler Str. 2

30900 Wedemark-Bissendorf

von der Schweigepflicht für den Austausch von Informationen bezüglich symptombezogener Vorgeschichte, Diagnose, Verlauf und Prognose (ggf. Inhalt/Zweck: _____

_____) unseres Kindes gegenüber

folgender Person/Einrichtung/Institution:

Name/Institution: _____

ggf. Ansprechpartner*in: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Die Schweigepflichtsentbindung gilt wechselseitig und erlaubt den schriftlichen und mündlichen Austausch der oben genannten Personen bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung unseres Kindes.

Sie gilt 3 Monate ab Unterzeichnungsdatum.

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

DIPL.-PÄD. FLORIAN THIES-FREESE

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Fallingbosteler Str. 2 • 30900 Wedemark • 0176 – 266 86 009

praxis@kjp-thies-freeese.de

www.kjp-thies-freeese.de

Liegt bei gemeinsamem Sorgerecht nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt und den/die Andere/n in Kenntnis setzt.

Name 1. Sorgeberechtigte*r:

Name 2. Sorgeberechtigte*r:

Ort, Datum, Unterschrift(en)