

# Schweigepflichtsentbindung



Hiermit entbinde ich Frau Dr. Birgit Jansen, Frau Dr. Nicola Kappenhagen, Frau Alona Bulk und ihre Mitarbeiter, sowie die unten genannten Stellen, die unmittelbar an der Behandlung meines Sohnes / meiner Tochter

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

beteiligt sind gegenseitig von ihrer Schweigepflicht: (bitte in Druckbuchstaben schreiben)

- **Kinderarzt:** \_\_\_\_\_
- **Schule/Kita:** \_\_\_\_\_
- **Therapeuten(Ergo/Logo):** \_\_\_\_\_
- **Familienhilfe:** \_\_\_\_\_
- **Jugendamt:** \_\_\_\_\_
- **sonstige:** \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe, bzw. alle Sorgeberechtigten einverstanden sind.  
(Die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit durch den Erklärenden widerrufen werden)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Mutter/ Vater/ Sorgeberechtigter:** \_\_\_\_\_