

## Schweigepflichtentbindung (wechselseitig)

Hiermit entbinde(n) ich/wir

\_\_\_\_\_  
Vor- u. Nachname der/des Sorgeberechtigten, ggf. des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Art/Ärztin/Klinik

\_\_\_\_\_  
Schule/Kindergarten

\_\_\_\_\_  
Jugendamt/SPFH/Jugendhilfe

\_\_\_\_\_  
Psychotherapeut/in

\_\_\_\_\_  
Sonstige

**und**

**Nebahat Akbas**

\_\_\_\_\_  
Name der Psychotherapeutin

bezüglich meiner Person / Tochter / meines Sohnes / Mündels

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,  
Vor- und Nachname

### **wechselseitig von der Schweigepflicht.**

Diese Schweigepflichtentbindung dient folgendem Zweck:

\_\_\_\_\_  
z.B.: Beantragung einer Psychotherapie, Abstimmung der Behandlungsplanung, Mitbehandlung,  
Weiterbehandlung, ...

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten/ggf. des Vormundes

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/in, ab 14 J.)

