

## Schweigepflichtentbindung

---

Ich, Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit den Arzt **Dr. Allozy** und  
 die/den **zuständige\*n Behandler\*in Frau/Herr** \_\_\_\_\_  
 von der Schweigepflicht (§203 ,StGB) gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

- **Kita/ Schule /Hort:**\_\_\_\_\_

Name der Kontaktperson \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

- **Kinderarzt:**\_\_\_\_\_

Name der Kontaktperson \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

- **Jugendamt:**\_\_\_\_\_

Name der Kontaktperson \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

- **Sonstiges:**\_\_\_\_\_

Name der Kontaktperson \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dr. Allozy sowie o.g. Behandler\*in personenbezogene Daten und behandlungsrelevante Informationen, welche unser Kind/mich (Jugendliche) betreffen, mit o.g. Personen schriftlichen und mündlichen austauscht.  
 Diese Schweigepflichtentbindung gilt **wechselseitig** und **erlischt 1 Jahr nach Ausstellungsdatum**.

Eine Verweigerung kann Einschränkungen der Therapie zur Folge haben.  
 Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Entbindung, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Nachname des Kindes/Jugendlichen (Patient\*in), Vorname, Geburtsdatum

Ich bin bevollmächtigt alleine diese Entscheidung für mein Kind zu treffen:

---

Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten
-------	--

---

(Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahre)