

## 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:

- **Einrichtung:** \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
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)