



**THERAPIEHAUS**  
FEUERSTEIN

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICH/THERAPEUTISCHEN SCHWEIGEPFLICHT

**Hiermit entbinde/n ich/wir als Personensorge-/Erziehungsberechtigte/r**

*(Namen aller Sorgeberechtigten):*

---

---

*(ACHTUNG: Pro Person / Institution eine eigene Schweigepflichtsentbindung. Mehrfachnennungen innerhalb eines Dokumentes sind ungültig.)*

<input type="checkbox"/>	Arbeitgeber:	_____
<input type="checkbox"/>	Schule:	_____
<input type="checkbox"/>	Jugendamt:	_____
<input type="checkbox"/>	Familienhilfe:	_____
<input type="checkbox"/>	Arzt/Therapeut/KH:	_____
<input type="checkbox"/>	Sonstige:	_____

**von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiter\*innen des Therapiehaus' Feuerstein und erlaube einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind.**

*(Name + Geb. Datum des Kindes):*

---

Diese Entbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorge-/Erziehungsberechtigte/r