Adresse:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum

**Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hierdurch befreie ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin **Frau Sina Theodoridou,** Hochturmgasse 3, 78628 Rottweil, sowie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gegenseitig von der Schweigepflicht dahingehend, dass sich diese miteinander telefonisch, persönlich oder schriftlich über meine Tochter/meinen Sohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ austauschen dürfen.

Außerdem berechtige ich die im oberen Abschnitt genannten Personen und Institutionen dazu, ggf. vorhandene, schriftliche Unterlagen, wie z.B. Heimberichte, Klinik- und Arztbriefe, sowie die Protokolle von Hilfeplangesprächen, die Auskunft über den für die aktuelle Psychotherapie meines Sohnes/meiner Tochter relevanten bisherigen Werdegang geben, gegenseitig auszutauschen und sich zuzusenden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter