

Adresse:

Ort

Datum

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hierdurch befreie ich _____,

geb. am _____

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin **Frau Sina Theodoridou**,
Hochturmstraße 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 berechtere ich die im oberen Abschnitt genannten Personen und Institutionen dazu, ggf. vorhandene, schriftliche Unterlagen, wie z.B. Heimerichte, 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