



Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in:

.....
Vor- und Nachname

.....
Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r bzw. gesetzliche Vertretung:

.....
Vor- und Nachname

.....
Geburtsdatum

Der/die Unterzeichner/in entbindet **Kathrin Köhler**, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin, Erlenbacher Str. 2, 63820 Elsenfeld,

und

.....
(Name der zu entbindenden Person bzw. Stelle/Einrichtung)

wechselseitig von ihrer Schweigepflicht und gestatte/n den Austausch von
Informationen und Daten (inklusive Arztbriefen und Berichten) bezüglich der Person
des/der Patient/in.

Dem/der Unterzeichner/in ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und eine
nichtabgegebene Erklärung keine Nachteile für das Behandlungsverhältnis nach sich
zieht. Ein Widerruf dieser Erklärung ist jederzeit mündlich oder schriftlich ohne
Angaben von Gründen für die Zukunft möglich. Durch den Widerruf wird die
Rechtmäßigkeit des bis zum Zeitpunkt des Widerrufs auf Grund dieser Erklärung
erfolgten Informationsaustausches nicht berührt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift