

Leonie v. Düring-Ulmenstein



Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Schweigepflichtsentbindung für:

.....
Vorname und Name des/ der **Patient/ Patientin** geboren am

Als Sorgeberechtigte/-r und gesetzliche/-r Vertreter/-in:

.....
Vorname und Name aller **Sorgeberechtigten**

entbinde ich Frau **L. v. Düring-Ulmenstein** von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

1.
Vorname und Name, Bezugsverhältnis (z.B. Klassenlehrerin)
2.
Vorname und Name, Bezugsverhältnis
3.
Vorname und Name, Bezugsverhältnis
4.
Vorname und Name, Bezugsverhältnis

Ich bin darüber informiert worden, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich per Post/ Mail widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

.....
Unterschrift des Patienten ab dem 16. Lebensjahr