



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____ geboren am: _____
Vor- und Zuname

entbinde hiermit Frau M.A. Päd. Julia Maier

von der gesetzlichen Schweigepflicht §203 StGB und bin mit der Weitergabe von Behandlungsdaten

zum Zwecke der

an folgende Person/en oder Einrichtung/en:

Hausarzt/ Kinderarzt _____
Schule _____
Jugendamt _____
Behandler/in _____
Sonstige _____

einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Julia Maier zu den oben genannten Personen/ Institutionen - unter Beachtung des Datenschutzes – Kontakt aufnimmt und entsprechende Unterlagen/ Informationen anfordert bzw. weiterleitet. Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich dem Frau Julia Maier gegenüber anvertraut habe. Die Schweigepflichtentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und/ oder Institutionen.

Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift