

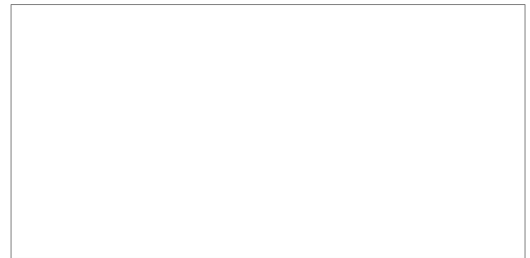
## Einverständniserklärung

Name: .....

geb. am: .....

wohnhaft: .....

Name des/der Sorgeberechtigten: .....



Praxisstempel / Therapeut\*in

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass zum Austausch im Rahmen der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung Gespräche mit folgenden Personen oder Einrichtungen geführt und behandlungsrelevante Daten weitergegeben werden dürfen:

- Arzt .....
- Psychologe .....
- Kita/Schule/  
Ausbildungsstätte .....
- Hort .....
- Ergotherapie/  
Logopädie .....
- Jugendamt .....
- Sonstige .....

Der/die oben genannte Therapeut\*in wird durch meine Unterschrift von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden. Die jeweiligen Personen sind ebenso von der (ärztlichen) Schweigepflicht gegenüber dem/der oben genannten Therapeuten/in entbunden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Andernfalls gilt diese bis zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung.

Ort, Datum

beide Sorgeberechtigte / Vormund und/oder Patient\*in