



Psychotherapie Bösch
für Kinder & Jugendliche

Kölner Str. 66
60327 Frankfurt

Telefon: +49 (0) 69 9731 9100

Schweigepflichtentbindung (wechselseitig)

Hiermit entbinde/n wir/ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum aller Sorgeberechtigten bzw. der Patientin/des Patienten (ab 15 Jahren)

- ☐ Frau Svenja Michel, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Kölner Str. 66, 60327 Frankfurt a. Main
☐ Frau Sarah Bösch, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Kölner Str. 66, 60327 Frankfurt a. Main

und

Name, Vorname ggf. Adresse und Telefonnummer (Bsp. Lehrperson, FA Kindermedizin etc.)

bezüglich mir/unseres Kindes

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten/der Patientin

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und erklären uns damit einverstanden, dass Auskünfte gegenseitig erteilt und besprochen werden dürfen.

Diese Schweigepflichtentbindung dient folgendem Zweck:

Mir/Uns ist bekannt, dass wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Datum, Ort

Unterschriften Sorgeberechtigte/r oder gesetzliche Vertretung

Unterschrift Patient/in