

# Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

**Hiermit entbinde/n ich/wir,**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

**als gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter von**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

die MitarbeiterInnen der Abteilung für pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie von der Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

**gegenüber**

Institution	Name, Anschrift der Institution
Kinder-/Hausarzt	
Kinder- u. Jugendpsychiater	
Weitere Ärzte	
Kindergarten/Schule	
Zuständige Lehrer	
Weitere Therapeuten	
Jugendamt	
Sonstige	



**und umgekehrt für folgenden Zweck:**

**Austausch von Informationen.**

Die MitarbeiterInnen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie sichern zu, dass die Daten streng vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen/Institutionen weitergegeben werden.

Mir/ Uns ist bekannt, dass ich/ wir diese freiwillige Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/ können. Ich/ Wir wurde/n ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung beraten.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
 Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahren)