

# ENTBINDUNG DER SCHWEIGEPFLICHT

**Klient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte(r):**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**1.** Hiermit berechtige ich  den/die Arzt/Ärztin,  den/die Erzieher/in,  den/die Lehrer/in

Herrn /Frau \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

alle im Zusammenhang mit der Behandlung meines/unseres Kindes erforderlichen Auskünfte an die Dipl.-Heilpädagogin Erika Winter weiterzugeben. Diese Einwilligung bezieht sich auf alles therapierelevante Informationen einschließlich Dokumenten, Bildern, Videos usw.

**2.** Zugleich entbinde ich die Dipl.-Heilpädagogin Erika Winter insofern von ihrer Schweigepflicht, als ich sie berechtige, alle im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes stehenden erforderlichen Auskünfte an Berechtigte weiterzugeben.

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

\_\_\_\_\_  
(rechtsverbindliche Unterschrift/en)