

Frau Julia Sternekieker M.A.
Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie
Knieperstraße 20a, 18439 Stralsund

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde(n) ich / wir, _____
die Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie (Frau Sternekieker M.A.) gegenüber

Schule / Kindergarten: _____ Tel. _____

Jugendamt / Familienhilfe: _____ Tel. _____

Arzt / Krankenhaus: _____ Tel. _____

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

von der ärztl. Schweigepflicht und erlaube(n) einen *gegenseitigen* schriftlichen und mündlichen
Austausch über mein Kind/mich: _____

Stralsund, den:

(Unterschrift der Sorgeberechtigten)