



Schweigepflichtsentbindung

Name Patient/in:

geboren am:

Ich/Wir entbinde/n Frau Beate Olszok sowie die Mitarbeitenden der Praxis Beate Olszok wechselseitig von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

(Bitte ankreuzen, Namen und Telefonnummer – falls bekannt – eintragen)

Vor- und weiterbehandelnde Ärzt*innen:

Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen und Psychiater*innen:

Schule / Lehrer*innen; Kindergarten / Erzieher*innen:

Jugendamt / Familienhelfende Personen / Einzelfallhelfende Personen:

Wohngruppenmitarbeiter*innen:

Weitere Personen:

Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten