



Schweigepflichtentbindung

Herr Dipl.-Psych. Tobias Schertler
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Bahnhofstraße 18
88048 Friedrichshafen (Kluftern)

Vor- und Nachname Patient(in)

Geburtsdatum

Hiermit wird Herr Dipl.-Psych. Tobias Schertler von seiner Schweigepflicht gegenüber unten genannten Personen oder Institutionen entbunden und ein gegenseitiger schriftlicher und mündlicher Austausch über die aktuelle Behandlung erlaubt.

Hausarzt/Kinderarzt

Sonstige Mitbehandler

Kindergarten/Schule/Klassenlehrer/Sozialpädagoge

Jugendamt

Krankenversicherung/Beihilfe

Sonstige

Die Schweigepflichtentbindung gilt auch umgekehrt.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder
Sorgeberechtigte(r)

ggf. Unterschrift
2. Sorgeberechtigte(r)