

### Schweigepflichtentbindung | Unterlagenanforderung

Patient:in: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Schweigepflichtsentbindung gegenüber Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen, Kliniken, Einrichtungen der Jugendhilfe, Schulen, Kita, Krankenkasse**

Hiermit entbinde ich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dipl.-Päd. Anette Rück  
und

zwecks Informationsaustausch von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Berlin,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in bzw. Sorgeberechtigte:r

---

### Unterlagenanforderung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die bei Ihnen vorhandenen Arztbriefe | Epikrisen |  
Befundberichte über

meinen Sohn | meine Tochter

geb. am \_\_\_\_\_  
-----

an die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dipl.-Päd. Anette Rück weitergegeben  
wird. Ich entbinde Sie hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen  
bekommen habe.

Berlin,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in bzw. Sorgeberechtigte:r