SINA ROSENKRANZ

PRIVATPRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Schweigepflichtentbindung

Für die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Berliner Chaussee 4, 15749 Mittenwalde · info@therapie-rosenkranz.de

1. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name

Geburtsdatum

Anschrift

2. Angaben zu den sorgeberechtigten Personen

Ich / Wir, die / der Sorgeberechtigte(n):

Name / Verwandtschaftsverhältnis - Sorgeberechtigter 1

Name / Verwandtschaftsverhältnis - Sorgeberechtigter 2

3. Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Gemäß § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen Psychotherapeut*innen der Schweigepflicht.
Hiermit entbinde ich / entbinden wir die Therapeutin Sina Rosenkranz ausdrücklich und schriftlich von der Schweigepflicht gegenüber den im Folgenden benannten Personen oder Institutionen.
Die Entbindung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Kooperation, Beratung, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung des Kindes / Jugendlichen und ist auf therapeutisch relevante Informationen beschränkt.

4. Schweigepflicht wird gegenüber folgenden Personen / Stellen aufgehoben:

Kinderarzt		Facharzt	
Klinik		Schule	
Jugendamt		Sonstige	

5. Gültigkeit der Entbindung

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Widerruf. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich, ohne dass daraus Nachteile für das Kind / den Jugendlichen entstehen.

6. Hinweise zur Schweigepflichtentbindung

Die Entbindung betrifft nur die in Abschnitt 4 genannten Personen / Institutionen. Es werden ausschließlich solche Inhalte weitergegeben, die für die therapeutische Arbeit relevant und notwendig sind. Die Entbindung umfasst keine generelle Freigabe zur Weitergabe jeglicher Informationen. Eine Weitergabe erfolgt nur nach sorgfältiger Abwägung im Sinne des Kindeswohls. Bei Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr ist eine eigenständige Einwilligung erforderlich.

Ort / Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter 1

Unterschrift Sorgeberechtigter 2

Zustimmung des Jugendlichen (ab 14 Jahren)

Ich, _____ (Name des Jugendlichen), bin über die Inhalte dieser Erklärung informiert worden und erkläre mein Einverständnis mit der oben genannten Schweigepflichtentbindung.

Unterschrift des Jugendlichen