

Jugendhilfezentrum
„Käthe Kollwitz“ Rehna e.V.

Familien- und
Erziehungsberatungsstelle

Standort Rehna:
Schweriner Straße 34b
19217 Rehna

Außenstelle Grevesmühlen:
Mühlenstraße 6 A
23936 Grevesmühlen

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Name/ Vorname des Klienten	
Geburtsdatum	
Anschrift des Klienten	

Ich entbinde die behandelnde Psychologin **Frau _____** und die folgend genannten Einrichtungen, Behörden, Praxen, Kliniken u.a. **gegenseitig** von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§203 StGB). Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf mündlichen und schriftlichen Austausch von Informationen (einschließlich Befund- und Behandlungsberichten) im Zusammenhang der Beratung und Behandlung von o.g. Klienten.

Name der Personen/ Arztpraxen/ Tageskliniken/ Behörden/ Schulen/ Einrichtung	Entbindung von der Schweigepflicht (bitte zutreffendes ankreuzen)	
	Ja	nein
Schule/ Bildungseinrichtung Name: Anschrift:		
Jugendamt/ andere Behörden/ Einrichtungen Name: Anschrift:		
Tagesklinik/ Klinik/ SPZ/Therapeuten Ansprechpartner: Anschrift:		

Ich erkläre mich mit dem kollegialen Austausch von **Frau _____** mit den ebenfalls der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegenden Psychologen im Rahmen der beruflichen Qualitätssicherung (Supervision, Fallbesprechungen) einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, in Teilen oder ganz, widerrufen kann.

.....
Ort, Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigter/ gesetzlicher Vertreter bzw. volljähriger Klient)