



Isabell Beck
Kinder- & Jugendlichen-
psychotherapeutin (VT)

Praxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Schweigepflichtsentbindung

Ich, Frau/Herr _____

für meine Tochter/meinen Sohn _____,

geboren am _____,

wohnhaft in _____

entbinde hiermit die Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, - Isabell Beck
als auch die untenstehende Person/Institution

(Name, Anschrift, Kontaktdaten der Person/ Institution)

von der ihr obliegenden Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch (StGB) und ermächtige sie zur Offenbarung meiner persönlichen Daten. Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten sowie erforderlichenfalls der Weitergabe und Einholung von Daten zum Krankheitsverlauf an diese Person/Institution bin ich einverstanden. Dieser Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift