Psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis Rudolf Meiser und Gabriele Sutor
Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche
Beethovenstraße 50, 66583 Spiesen-Elversberg, Telefon 06821-972537

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich, (Erziehungsberechtige *er)

_____

meinen behandelnden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **Herrn Rudolf Meiser**, meine behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin **Frau Gabriele Sutor**, **Frau Céline Simon** oder **Frau Janine Weyand** von der Schweigepflicht (für die Dauer der Behandlung oder bis zum Widerruf) gegenüber:

_____

_____

Ebenfalls entbinde ich die o.g. Person/Institution/Klinik/Schule etc. von Ihrer Schweigepflicht gegenüber **Herrn Rudolf Meiser / Frau Gabriele Sutor / Frau Céline Simon/ Frau Janine Weyand.**
Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Unterlagen (z.B. Aufzeichnungen, Testergebnisse, Krankenpapiere, Krankengeschichte, etc) übermittelt werden dürfen.
Um wechselseitigen Informationsaustausch betreffend die Patientin/des Patienten

Vorname, Name: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

wird gebeten.

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Schweigepflichtsentbindung abzugeben. Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Schweigepflichtsentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Schweigepflichtsentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich habe unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Ich kann dieses Recht bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat meines Aufenthaltsorts, meines Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend machen. Im Saarland ist die zuständige Aufsichtsbehörde: Unabhängiges Datenschutzzentrum Saarland, Fritz-Dobisch-Straße 12, 66111 Saarbrücken.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift