



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich, (Erziehungsberechtigte *er)

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

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, Testergebnis-
se, 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 Schweige-
pflichtsentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich habe unbeschadet eines anderwei-
tigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichts-
behörde. 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