



Praxis Leistner & Kollegen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Mozartstraße 3 · 61250 Usingen · ☎ 06081 / 582470

✉ therapie@praxisleistner.de · 🌐 www.praxisleistner.de

Schweigepflichtentbindung gemäß § 203 StGB

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Wohnhaft: _____

Hiermit entbinde ich Frau Leistner als behandelnde Therapeutin meines Kindes für dienstliche Zwecke von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Ich bin damit einverstanden, dass sie mit folgenden Personen Kontakt aufnehmen und relevante Informationen austauschen darf:

- Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt meines Kindes
- Erzieher*in der Kita / des Kindergartens / des Hortes
- Klassenlehrer*in der Schule
- Weitere Person(en): _____
- Supervisorische Begleitung durch Frau Leistner

Ebenso entbinde ich diese Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber Frau Leistner. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden und dient der bestmöglichen Unterstützung meines Kindes.

..... Usingen, den

Unterschrift: _____

- Kindsvater Kindsmutter Sonstige Sorgeberechtigte (bitte ankreuzen)