

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Olewiger Str.16, 54295 Trier · Tel. 0651 - 15 06 10 34

Yael Amanda Creutzfeldt

Diplom-Kunsttherapeutin

Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

LANR: 7837 976 69 · BSNR: 507100400

o o

**Erlaubnis zur Kontaktaufnahme
und
Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht und
Einsichtnahme in vorliegende Unterlagen**

1. Sorgeberechtigte:n geboren am.....
(Name, Vorname)

2. Sorgeberechtigte:n geboren am.....
(Name, Vorname)

entbinden hiermit bezogen auf

Sohn/Tochter geboren am.....
(Name, Vorname)

die **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Yael Amanda Creutzfeldt**
von der ihr obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht des §203 Strafgesetzbuch (StGB)
gegenüber folgender Person, Institution oder Behörde:

.....,
(Name)
.....
(Straße, Hausnummer; PLZ, Ort) (Tel.)

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle* Befunde und Erklärungen, die ich und meine Tochter/Sohn der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Yael Amanda Creutzfeldt anvertraut haben. Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

* mögliche Einschränkungen:

Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

..... | |
Ort, Datum Unterschrift 1. Sorgeberechtigte:n Unterschrift 2. Sorgeberechtigte:n

Soweit die vorgenannte/n Auskunftsperson/en der Schweigepflicht unterliegen, entbinde ich sie hiermit ebenfalls von ihrer Schweigepflicht gegenüber Frau Creutzfeldt.

..... | |
Ort, Datum Unterschrift 1. Sorgeberechtigte:n Unterschrift 2. Sorgeberechtigte:n