



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde(n) ich/wir,

wohnhaft in _____

Frau Alexandra Boromiza, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin,
Lanzinger Str. 6, 83250 Marquartstein

sowie:

- ☐ Ärztin, Arzt, Klinik _____
- ☐ Psychotherapeut/in _____
- ☐ Schule bzw. Lehrer/in _____
- ☐ Schulpsychologe/in _____
- ☐ Schulsozialarbeiter/in _____
- ☐ Arbeitsstätte/Ausbilder/in _____
- ☐ Amt für Kinder, Jugend und Familie _____
- ☐ Bezugsperson(en) _____
- ☐ Sonstige _____

gegenseitig von der Schweigepflicht nach § 203 StGB, damit notwendige Informationen für
mein Kind: _____

geb. am _____ ausgetauscht werden können.

Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit des Informationsaustausches bis zum Zeitpunkt
eines Widerrufs.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter/ges. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters/ges. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Jugendliche/Jugendlicher