UNIVERSITÄT GREIFSWALD
Wissen lockt. Seit 1456

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/ wir [Sorgeberechtigte],

_____

Name, Vorname geboren am wohnhaft in

_____

Name, Vorname geboren am wohnhaft in

die Therapeutin/ den Therapeuten

_____(ZPKJ)
Name, Vorname

meines/ unseres Kindes

_____, geboren am _____
Name, Vorname

von der Schweigepflicht gegenüber

_____
Name, Vorname / Einrichtung

_____
Adresse/ Telefonnummer

Dieses Einverständnis kann jederzeit (bitte schriftlich) für die Zukunft widerrufen werden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Universität Greifswald
Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät
Institut für Psychologie
www.mnf.uni-greifswald.de

Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
Wollweberstraße 1
17489 Greifswald

Sekretariat
Tel.: 03834 420 3784
Fax: 03834 420 3790