

**Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Dagmar Finke & Joachim Wilken
Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Hafenweg 26 b 48155 Münster Tel. 0251 80544**

Schweigepflichtsentbindung

Name der Patientin/ des Patienten: _____ geb. am _____

Name der sorgeberechtigten Person: _____

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter*innen der Praxis von der wechselseitigen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen:

Ich entbinde ebenfalls den*die Therapeut*in von der wechselseitigen Schweigepflicht unter den therapeutischen Mitarbeiter*innen in der Praxis und ggf. Praktikant*innen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Sorgeberechtigte*r