

Entbindung der gegenseitigen Schweigepflicht

Ohne andere Vereinbarung gilt die gegenseitige Entbindung bis zur Beendigung der Beratung / Therapie.

Klienten

m w

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Kind

m w

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

entbindet von der gegenseitigen Schweigepflicht

Institution

Herr Frau

Name, Vorname _____

und

fabe

Herr Frau

Name, Vorname _____

Familien, Paar- und Erziehungsberatung

Mit der Unterzeichnung erteile ich mein Einverständnis:

Datum / Ort _____

Unterschrift Klienten, bzw. sorgeberechtigte Person

Datum / Ort _____

Unterschrift Kind (grundsätzlich ab 12. Lebensjahr)*

*Richtwert: Kinder ab 12 Jahre müssen sich selber von der Schweigepflicht entbinden.