

Imke Ohlrogge
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Johannisstraße 3
26121 Oldenburg

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Imke Ohlrogge die für die psychotherapeutische Behandlung relevanten personenbezogenen Daten mit folgenden Personen/Institutionen austauschen darf. Die Schweigepflichtentbindung gilt jeweils gegenseitig.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

O Arzt/Ärztin: _____

O Schule: _____

O TherapeutIn: _____

O Jugendamt: _____

O Sonstige: _____

O Sonstige: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Oldenburg, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____