

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Rebecca Muthmann



Schweigepflichtsentbindung

Name:

geb.

Erziehungs-

berechtigter:

Adresse:

Hiermit entbinde ich Frau Dipl. Kunsttherapeutin (FH) Rebecca Muthmann gegenüber folgenden Personen/Institutionen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und umgekehrt:

-
-
-
-
-
-

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Frau Muthmann mit den o.g. Personen/Institutionen Informationen, die mich bzw. mein Kind betreffen austauscht

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*in/ Erziehungsberechtigte*

Dipl. Kunsttherapeutin Rebecca Muthmann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Fachrichtung Verhaltenstherapie

Spezielle Psychotraumathepie (DeGPT)

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

IBAN DE03 3006 0601 0025 4556 20

BIC DAAEDEDXXX

Anger 1, 37199 Wulften

T 0159 / 067 159 08 , 05556 3610663

E psychotherapie-muthmann@gmx.de

www.psychotherapie-muthmann.com