

## Privatpraxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Torsten Petsch

Inhaber: Torsten Petsch

Leopoldstraße 59· 80802 München

Telefon: +49 160 7965866

E-Mail: info@psychotherapie-torsten-petsch.com

Web: www.psychotherapie-torsten-petsch.com

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG – PATIENTEN

*gemäß § 203 StGB und Berufsordnung · gilt nur für die angegebenen Zwecke & Empfänger*

Name des Patienten / der Patientin	_____
Geburtsdatum	_____
Adresse / Kontakt (optional)	_____
Sorgeberechtigte/r 1 (Name)	_____
Sorgeberechtigte/r 2 (Name, falls gemeinsame Sorge)	_____

### Zweck der Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/Wir entbinde(n) die behandelnde Therapeutin / den behandelnden Therapeuten der oben genannten Praxis von der gesetzlichen Schweigepflicht, um die nachstehenden Zwecke zu ermöglichen:

- Austausch zur Behandlungskoordination (z. B. mit Haus-/Fachärzten, Schule, Jugendhilfe)
- Befund-/Berichtsübermittlung (Kurzbericht, Teilnahmebestätigung)
- Organisation/Terminabsprachen mit Dritten (z. B. Schule)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Berechtigte Empfänger (nur die hier angekreuzten)

- Hausärztin/Hausarzt: \_\_\_\_\_
- Fachärztin/Facharzt: \_\_\_\_\_
- Schule/Lehrkraft/Schulpsychologie: \_\_\_\_\_
- Jugendamt/ASD: \_\_\_\_\_
- Sonstige Institution/Person: \_\_\_\_\_

### Umfang der weiterzugebenden Informationen

- Teilnahme an Terminen (organisatorische Bestätigung, keine Inhalte)
- Diagnosen (ICD) & Kurzbeschreibung der Therapieziele/-verlauf
- Behandlungsbericht / Bescheinigung (Auszug/Kopie)

- Nur anonymisierte Angaben
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gültigkeit & Widerruf**

Diese Entbindung gilt ausschließlich für die oben genannten Zwecke und Empfänger und ist zeitlich begrenzt wie folgt:

- bis zum Ende der Behandlung
- bis zum (Datum): \_\_\_\_\_
- einmalige Auskunft/Übermittlung

Der Widerruf ist jederzeit ganz oder teilweise möglich und wirkt nur für die Zukunft. Bereits erfolgte Übermittlungen bleiben rechtmäßig.

**Wichtige Hinweise**

- Weitergabe erfolgt nach Datenminimierung (nur erforderliche Informationen).
- Elektronische Übermittlungen (z. B. E-Mail) können trotz Schutzmaßnahmen Restrisiken bergen.
- Bei gemeinsamer Sorge sind grundsätzlich die Unterschriften beider Sorgeberechtigten erforderlich (oder Sorgerechtsnachweis).

Ort, Datum:	_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1:	_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2 (falls erforderlich):	_____
Unterschrift Patient/in (ab 16 Jahren):	_____
Unterschrift Therapeut (im Auftrag der Privatpraxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Torsten Petsch):	_____

*Rechtsgrundlage: § 203 StGB (Schweigepflicht), Art. 6/9 DSGVO. Entbindung gilt nur im hier definierten Umfang.*