



**Irene Sturm**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Bauerstr. 15 80796 München  
0176 433 44 776

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Ich,

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift des Patienten/der Patientin / ggf. gesetzlicher Vertreter)  
entbinde hiermit

Frau Irene Sturm, Bauerstr. 15, 80796 München

von der Schweigepflicht gegenüber

\_\_\_\_\_  
(z.B. Schulpsychologe, Arzt/Psychiater, Lehrer)

Ggf. ergänzen:

Frau Irene Sturm, Bauerstr. 15, 80796 München ist berechtigt, meine  
Behandlungsunterlagen an

\_\_\_\_\_ weiterzuleiten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/  
der gesetzlichen Vertreterin

Die Einwilligung in diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.