

## Vollmacht / Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

sorgeberechtigte Kindsmutter

sorgeberechtigter Kindsvater

Ich, \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

sonstige/r Sorgeberechtigte/r

(zutreffendes bitte ankreuzen)

erteile/n hiermit

Frau Merle Leopold und den Mitarbeiter\*innen der  
Kleinen Auszeit – Praxis für seelische Gesundheit

Vollmacht in der Angelegenheit meines / unseres Kindes nachzufragen und tätig zu werden.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

### Ich / Wir entbinde/n

1. die im Folgenden aufgeführten Personen / Institutionen gegenüber den oben genannten Personen von der Schweigepflicht.
2. die oben genannten Personen gegenüber den im Folgenden aufgeführten Personen oder Institutionen von der Schweigepflicht.

Bitte geben Sie die Namen der Personen / Institutionen mit den Kontaktdaten an:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir diese Vollmacht bzw. Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann / können.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte