

**Dipl.-Päd. Jeannine Pawliczek**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Verhaltenstherapie

Große Marktstraße 3  
58239 Schwerte

Tel 02304 33 88 494

Fax 02304 33 88 499

E-Mail über sicheres Formular auf  
<https://www.therapie-schwerte.de>

**Schweigepflichtentbindung**

*Bitte für jede Person/Institution einzeln ausfüllen.*

Hiermit entbinde(n) ich/ wir,

die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Jeannine Pawliczek

des/ der Patient(in):

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

von der Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber folgender Person/Institution:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Institution mit Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname(n) des/ der Mitarbeitenden)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

Psychotherapeut(inn)en sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Im Einzelfall kann eine multidisziplinäre Zusammenarbeit z.B. mit dem Jugendamt, Lehrer(inne)n, Ärzt(inn)en etc. sinnvoll sein, um eine effektive psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen. Diese Schweigepflichtentbindung dient dazu, Hilfen abzustimmen.

Wir/ich willige(n) hiermit ein, dass Informationen offenbart werden. Diese umfassen insbesondere

- Psychische Befindlichkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklung
- Diagnosen und therapeutische Einschätzungen
- Schulische Leistungen, soweit sie für die Therapie relevant sind
- Familiäre und soziale Hintergründe, die im Rahmen der Therapie bedeutsam sind
- Verlauf und Ergebnisse der psychotherapeutischen Maßnahmen
- Empfehlungen für Unterstützungsmaßnahmen / weiterführende Behandlungen

**Gewünschte Eingrenzung der offenbarten Informationen**

(diese Angaben werden nicht an den Adressaten weitergegeben)

---

---

---

---

---

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig auch für die Adressaten dieser Erklärung, die hiermit ebenfalls von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin Jeannine Pawliczek entbunden werden.

Ich / wir haben die Bedeutung und Tragweite der Schweigepflichtentbindung verstanden.  
Sie erfolgt freiwillig, gilt ab dem

\_\_\_\_\_ und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.  
(Datum)

Name des/der Patient(in)  
(ab 14 Jahren):

---

Ort/ Datum:

---

Unterschrift:

---

Name 1. Erziehungsberechtigte(r):

---

Beziehung zum Kind/Jugendlichen:

Mutter  Vater  Betreuer(in)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum:

---

Unterschrift:

---

Name 2. Erziehungsberechtigte(r):

---

Beziehung zum Kind/Jugendlichen:

Mutter  Vater  Betreuer(in)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum:

---

Unterschrift:

---