



Name Klient*in: _____

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde*n ich*wir _____

die Autismustherapie Melanie Czepelka sowie die unten aufgeführten Stellen **gegenseitig** von der Schweigepflicht. Eine Kooperation sowie ein wechselseitiger Informationsaustausch über Inhalte und Ziele der Autismustherapie ist mit folgenden Personen bzw. Institutionen gestattet:

- ☐ Örtlicher Kostenträger: _____
- ☐ Überörtlicher Kostenträger: _____
- ☐ Schule: _____
- ☐ Kindergarten: _____
- ☐ Integrationshilfe: _____
- ☐ Ärzte: _____
- ☐ Therapeuten: _____
- ☐ Sonstige: _____

Dieses Dokument ist nur gültig mit Ihrer Unterschrift. Sie können diese jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte*r