



PRAXIS SIMON MÜLLER M.A., M.Sc.
Psychotherapie (HPG), Lerntherapie und Neurofeedback

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Rechtsverbindliche Erklärung (gemäß § 203 StGB)

Hiermit entbinde/n

ich/wir:

.....

gesetzliche/r VertreterIn meines/unseres Kindes:

Name, Vorname, Geburtsdatum.....

die **Mitarbeiter/Innen der Praxis Simon Müller M.A., M.Sc.**, Bungertstraße 41, 45239
Essen

und

1.

2.

3.

wechselseitig von der Schweigepflicht. .

Essen

....., den

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

.....
Unterschrift sorgeberechtigter Vater