Autismus Trier
Therapie gGmbH

Brotstraße 30-31 | D-54290 Trier
Tel.: 0651 603441-00 | Fax: 0651 603441-16
Email: info@autismus-trier.de
www.autismus-trier.de

Erklärung

1. Hiermit entbinde ich/entbinden wir die Mitarbeiter*innen der Autismus Trier - Therapie gGmbH von der **Schweigepflicht** gegenüber:

- dem kommunalen Leistungsträger
- dem Ersteller der Autismus-Diagnose und dem/der behandelnden Facharzt/-ärztin
- anderen Mitarbeiter*innen von Autismus Trier für interne Absprachen
- Bezugspersonen wie: Lehrer*innen, Erzieher*innen, Autismus-Berater*innen der ADD, Betreuer*innen in Schulen, Heimen, Tagesförderstätten, Eltern (bei erwachsenen Klienten – ggf. bitte namentlich nennen)
- Sonstigen:_____

und umgekehrt die vorgenannten Personen auch gegenüber den Mitarbeiter*innen von Autismus Trier, damit ein wechselseitiger Austausch in Therapie-relevanten Belangen erfolgen kann.

2. Ich bin/wir sind mit der **Datenspeicherung** nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen einverstanden für den Klienten/die Klientin:

Name, Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

_____

_____

Datum und Unterschrift/en
(bei Minderjährigen aller Personensorgeberechtigten, bzw. ggf. gesetzliche/r Betreuer/in))