



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinden wir/ ich
Name des / der Sorgeberechtigten

_____ die Praxis Dres. med. Trienekens & Peters & Ahlbrecht von der Schweigepflicht gegenüber:

- Dem Jugendamt _____
- Der Schule _____
- meinen Eltern _____
- der Arztpraxis _____
- Sonstige _____

_____ Name des Kindes: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis Dres. med. Trienekens & Peters & Ahlbrecht erhobene Befunde weiterleiten. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die o.g. Institutionen Ihrerseits unserer Praxis Informationen weitergeben darf.

Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit von mir widerrufen oder in Ihrem Umfang eingeschränkt werden.

Ort, Datum und Unterschrift des / der Sorgeberechtigten
