

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Für: _____, geb. am _____
(Vor- und Nachname des Kindes)

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Geb. am: _____

Aktuelle
Anschrift: _____

im Rahmen der Behandlung meines Sohnes/ meiner Tochter die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Sozialpsychiatrischen Praxis Klenner.Slomka und

jeweils wechselseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten



Katrin Klenner • Dr.med.Petrissa Slomka

Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie • Diagnostik • Einzel- und Gruppentherapie • Gutachten • Beratung

Adenaueralle 32 • 61440 Oberursel • Tel.: 06171 - 919 4400 • Fax 06171 - 919 4401 • info@klenner-slomka.de • www.klenner-slomka.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank: Kontonummer 2 047 772 BLZ 300 606 01