

*Befreiung von der Schweigepflicht durch die Erziehungsberechtigten*

Hiermit befreie ich / befreien wir \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten \_\_\_\_\_

.....den Hausarzt \_\_\_\_\_

Name; Vorname

..... den Facharzt  
bzw. die Klinik \_\_\_\_\_

Name, Anschrift

.....den Psychologen \_\_\_\_\_

Name, Anschrift

....folgende Einrichtungen \_\_\_\_\_

Jugendamt, Amtsarzt, etc..... Name, Anschrift

....folgende Kontaktpersonen \_\_\_\_\_

z. B.( Kindergärtnerinnen) Name; Anschrift

\_\_\_\_\_  
Name , Anschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_