

${\bf Schweigepflichtentbindung}$

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeiter(innen) der Praxis TreptowDocks die für die Behandlung relevanten personenbezogenen Daten meines Kindes austauschen.			
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum
	Arzt / Ärztin	Name:	
	Jugendamt	Name:	
	Therapeut / Therapeutin	Name:	
	Schule	Name:	
	Sonstige	Name:	
	Sonstige	Name:	
	it schriftlich wider	=	iber die Entbindung von der Schweigepflicht

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)