

Hiermit entbinde ich (Kindsmutter/Kindsvater/Sorgeberchtigte/r)

\_\_\_\_\_ ,  
die kinder – und jugendpsychiatrische Praxis Martina Skrotzki gegenüber folgender Stelle gegenseitig von  
der Schweigepflicht bezogen auf die Diagnostik und Behandlung meines Kindes

geb: \_\_\_\_\_

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail Adresse:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient ab 14 Jahre

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis: Diese Schweigepflichtentbindung ist jederzeit widerrufbar. Bisher durchgeführte von der Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.**