Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten

Geb. Datum

Hiermit entbinde ich als Sorgeberechtigte(r) die Behandler der Praxis Langner von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf mein Kind gegenüber

☐ der Schule — Name der Schule

Name Lehrer/in — Tel.-Nr. — E-Mail

☐ dem Kindergarten/Hort/Übermittagsbetreuung — Name der Einrichtung

Ansprechpartner — Tel.-Nr. — E-Mail

☐ der Praxis — Name der Praxis

Ansprechpartner — Tel.-Nr.

☐ dem Amt für Kinder, Jugend und Familie — Bezirk

Ansprechpartner — E-Mail — Tel.Nr.

Sonstiges: (Bitte Namen, Adresse, Kontaktdaten angeben)

☐

☐

☐

Ich bin einverstanden, dass die angegebenen Institutionen den Therapeuten der Praxis Langner Auskünfte über mein Kind erteilen. Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen.

Köln, den

Unterschrift der Sorgeberechtigten Mutter

Unterschrift des Sorgeberechtigten Vaters

Unterschrift des Sorgeberechtigten Vormunds