

Dr. med. Fabian Schneider  
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Siegmundstr.19  
50739 Köln  
Tel: 0221- 888 48 10  
Fax:0221- 88848119

## **Schweigepflichtsentbindung**

Hiermit entbinde(n) ich / wir, \_\_\_\_\_  
die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. Fabian Schneider, die  
Arzthelferin und alle therapeutischen Mitarbeiterinnen der Praxis gegenüber

Schule / Kindergarten: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Jugendamt / Familienhilfe: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Arzt / Krankenhaus: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

von der ärztl. Schweigepflicht und erlaube(n) einen *gegenseitigen* schriftlichen und mündlichen  
Austausch über mein Kind/mich: \_\_\_\_\_

Köln, den:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Sorgeberechtigten)