

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir

Name des/der Erziehungsberechtigten

die Praxis Dr. Franziska Platen und Kollegen/innen, Krankenhausstraße 107, 50354 Hürth
und

das sozialpädiatrische Zentrum _____

die Lehrer/innen und Betreuer/innen der Schule _____

die Praxis _____

Sonstige _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen!)

von der gegenseitigen Schweigepflicht für mein Kind und erlaube gegenseitige Einsicht in
Untersuchungsunterlagen und mündlichen Austausch über alle gesundheitlichen Belange
des Kindes.

Name+Vorname des Kindes

Hürth, den _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Dr.med Franziska Platen
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Sportmedizin
Krankenhausstraße 107, 50354 Hürth
Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: info@kinderarzt-platen.de

Datenschutzvereinbarung gelesen