



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich

Name/Vorname **Sorgeberechtigter**

geboren am

das MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie München, Dres. med. Epple & Reuter-Dang von der
Schweigepflicht bezüglich meines Kindes:

Name/Vorname **Patient**

geboren am

Gegenseitig gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen

Ansprechpartner

Telefonnummer

Wir sind damit einverstanden, dass die betrauten Mitarbeiter der Praxis zu den oben genannten
Personen / Institutionen unter Beachtung des Datenschutzes Kontakt aufnehmen dürfen
bzw. entsprechende Unterlagen anfordern und /oder austauschen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift