

Dr. med. Walter Wolf  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Apostelnstr. 9-11  
50667 Köln

0221- 272 49 10

---

**SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.-Datum des Kindes

Ich entbinde hiermit:

Dr. med. Walter Wolf und Team Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie Apostelnstr. 9-11  50667 Köln
--

Gegenüber

Einrichtung / Name	Telefon

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit dem gegenseitigen telefonischen und postalischen Austausch von behandlungsrelevanten Befunden und Informationen, die unser Kind betreffen, einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten