

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