



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Sozialpsychiatrie und systemische Therapie

**Dr. med. Karl Reitzle**

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Sorgeberechtigter)

die Mitarbeiter der Praxis Dr. Reitzle bezüglich meines Kindes:

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Name des Patienten)

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen bzw. folgender Institution:

\_\_\_\_\_  
(Name der Personen / Name der Institution)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Ansprechpartner)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig und ich erkläre mich einverstanden, dass behandlungsrelevante Unterlagen gegenseitig übermittelt werden.

München, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)