



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

**Dr. med. Karl Reitzle | Dr. med. Lina Ortmann Seabra**

## Schweigepflichtsentbindung

**Name des Patienten (\*):** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum (\*):** \_\_\_\_\_

**Hiermit entbinde ich (\*)**

\_\_\_\_\_, **Geburtsdatum (\*):** \_\_\_\_\_  
(Sorgeberechtigte/Eltern)

die Mitarbeiter der Praxis Dr. Reitzle / Dr. Ortmann Seabra bezüglich meines Kindes  
von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person und/oder Einrichtung:

**Name Einrichtung/ Schule (\*):** \_\_\_\_\_

**Name Ansprechpartner (\*):** \_\_\_\_\_

**Anschrift Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer (\*):** \_\_\_\_\_

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

München, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift)

(\*): Pflichtfeld