

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erlaube ich

(Name, Vorname, Geburtsdatum Erziehungsberechtigte)

folgenden Personen

(Name, Vorname, Geburtsdatum der Begleitperson)

mit meinem Kind

(Name, Vorname, Geburtsdatum Patient)

in der

*Kinder und Jugendarztpraxis Dres. med. Bohnet, Frey-Kinzinger und Kollegen,
Ludwig-Erhard-Straße 22, 64653 Lorsch*

vorstellig zu werden.

Es dürfen Vorbefunde, aktuelle Befunde, Untersuchungsergebnisse und
Therapiemöglichkeiten mit besprochen werden. Es dürfen alle notwendigen
Behandlungen durchgeführt werden.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte