

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns einverstanden, dass die Mitarbeiter(innen) der Praxis kjp hoheluft die für die Behandlung relevanten Daten meines / unseres Kindes

.....  
Name, Vorname des Kindes

.....  
Geburtsdatum

mit dem Hausarzt  
.....

mit der Praxis  
.....

mit ReBBZ, Herrn/Frau  
.....

mit dem Jugendamt, Herrn/Frau  
.....

mit der Schule .....

Herrn/Frau ..... austauschen.

Hamburg, .....  
Datum

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)