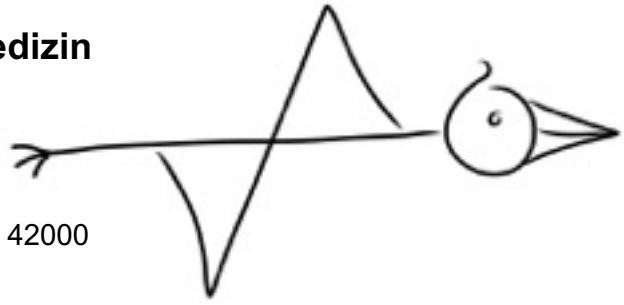


Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

- Psychotherapie -

Dr. med. Britta Schmitz

Heidesheimer Str. 26, 55124 Mainz, T 06131 42000



Rechtsverbindliche Erklärung

Betrifft: {Patient-Name}, {Patient-Vorname} geb. am: {Patient-Geburtsdatum}

Als Sorgerechtsinhaber des o.g. Kinder /Jugendlichen entbinde(n) ich / wir Fr. Dr. med. Schmitz / Hr. Dr. med. Franke und deren Mitarbeiter/innen von der Pflicht zu Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB gegenüber

1. Schule/Kindergarten _____ ☞
2. Jugendamt/Sozialamt _____ ☞
3. Soziale Träger _____ ☞
4. Arbeitsamt/Jobcenter _____ ☞
5. Logopädie _____ ☞
6. Ergotherapie _____ ☞
7. Einzeltherapeut _____ ☞
8. Sonstiges _____ ☞

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünften erteilt werden.

Einschränkungen bitte notieren.

Mainz, den {Aktuelles Datum} Unterschrift: