

Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. med. **Songül Föllmer**
Dr. med. **Markus Nowotny** & Kollegen

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Sozialpsychiatrische Praxis

Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht

Von Frau Dr. med. S. Föllmer sowie
die Mitarbeiter des sozialpädiatrischen Teams

Praxis Wiesbaden
Wilhelmstr. 16
65185 Wiesbaden
Tel.: 0611 - 301 837
Fax: 0611 - 302 283
wiesbaden@kinderarzt-foellmer-nowotny.de

Praxis Geisenheim
Behlstraße 30
65366 Geisenheim
Tel.: 06722 - 85 22
Fax: 06722 - 981 220
rheingau@kinderarzt-foellmer-nowotny.de
www.kinderarzt-foellmer-nowotny.de



gegenüber Frau/Herrn

_____ (Schule, Kita, Lehrer, Erzieher,
_____ Schulbetreuung und Andere)
_____ (bitte Kontaktdaten hinterlegen)

Hiermit entbinde/n ich/wir als Eltern/als sonstige Sorgeberechtigte/r die oben Genannten von der
Einhaltung der Schweigepflicht für das Kind

_____ geb. am _____

aus _____

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ich versichere, dass die/der andere Personensorgeberechtigte mit dieser Genehmigung
einverstanden ist, sofern sie/er nicht mit unterschrieben hat. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich
diese Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Wiesbaden, den _____

(Unterschrift des Sorgeberechtigten)