



Kinder- und Jugendärzte
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Betrifft:

Ich bin damit einverstanden, dass die Kinder- und Jugendärzte Neuperlach (Dr. _____) ärztliche und psychologische Informationen einholt und austauscht von bzw. mit folgenden Institutionen, Ämtern und Personen:

- Jugendamt / ASD
- Schule
- Kindergarten
- Beratungsstellen
- Betreuende Institutionen

- Sonstiges:

München, den _____

Unterschrift der(s) Sorgeberechtigte(n)