

# Dr. med. Swantje Hemicker

Kinder- und Jugendpsychiaterin  
Kinder- und Jugendärztin

Winthirstraße 4, 80639 München  
sekretariat@dr-hemicker.de  
Tel.: 089-13998829 Fax: 089-13998830



München, den \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des gesetzlichen Vertreters des Kindes/Jugendlichen)

die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Dr. med. Swantje Hemicker **gegenüber**

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname, Anschrift, Telefonnummer der von der Schweigepflicht zu entbindenden Person bzw. Name der Einrichtung)

**wechselseitig** in Bezug auf meine Tochter/meinen Sohn von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

\_\_\_\_\_  
geboren am

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)