

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 der/des Patientin/en)

geboren am _____

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 Person von der Schweigepflicht.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/des Patientin/en)