

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir

---

Name des/der Erziehungsberechtigten

die Praxis Dr. Franziska Platen und Kollegen/innen, Krankenhausstraße 107, 50354 Hürth  
und

- das sozialpädiatrische Zentrum \_\_\_\_\_
- die Lehrer/innen und Betreuer/innen der Schule \_\_\_\_\_
- die Praxis \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen!)

von der gegenseitigen Schweigepflicht für mein Kind und erlaube gegenseitige Einsicht in  
Untersuchungsunterlagen und mündlichen Austausch über alle gesundheitlichen Belange des  
Kindes.

---

Name des Kindes

Hürth, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Dr.med Franziska Platen  
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie  
Krankenhausstraße 107, 50354 Hürth

Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: [info@kinderarzt-platen.de](mailto:info@kinderarzt-platen.de)

[Datenschutzvereinbarung](#)