

Schweigepflichtentbindung

Patientenname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Hiermit entbinde(n) ich/wir

--

als Sorgeberechtigte(n) des oben genannten Kindes von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht (schriftlich und mündlich) gegenüber nachfolgend aufgeführten Personen und / oder Institutionen.

- Arzt _____
- Klinik _____
- Kindergarten _____
- Schule _____
- Jugendamt _____
- Physiotherapie / Logopädie / Ergotherapie o.ä. _____
- Andere _____

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir die Möglichkeit habe(n), die Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift Sorgeberechtigte (n)	Datum / Unterschrift Patient