

Schweigepflichtentbindung

Patientenname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Hiermit entbinde(n) ich / wir

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

Umgekehrt wird auch die angekreuzte Person / Institution von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern der Kinder- und Hausarztpraxis entbunden.

- 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	Datum / Unterschrift Patient