

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten

Hiermit entbinde ich

Name und Anschrift des Arztes

hinsichtlich folgender / aller Unterlagen (**unzutreffendes streichen**)

-
-
-
-
-

zu folgendem Zweck:

gegenüber

-
-
-
-
-

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigte/r *

*Ein allein unterzeichnender Sorgeberechtigter erklärt mit seiner Unterschrift, dass alleiniges Sorgerecht besteht / er bevollmächtigt ist, für den weiteren Sorgeberechtigten zu entscheiden (**unzutreffendes streichen**).