

Schweigepflichtentbindung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich:

_____, Geburtsdatum: _____

Mutter

_____, Geburtsdatum: _____

Vater

alle Mitarbeiter der Praxis Dr. med. B. Georgii bezüglich meines Kindes
von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person und/oder Einrichtung:

Name Einrichtung _____

Name Ansprechpartner _____

Anschrift Einrichtung _____

Telefonnummer _____

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass behandlungsrelevante Befunde und Unterlagen mitgeteilt und übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

München, den _____

(Datum)

(Unterschrift sorgeberechtigter Eltern)