

Schweigepflichtentbindung (wechselseitig)

Hiermit entbinde/n ich/wir,

Name, Vorname der Sorgeberechtigten bzw. Patient:in

Frau Ariadne Sartorius

und

Name, Vorname ggf. Adresse und Telefonnummer

bezüglich mir / unseres Kindes

Name, Vorname, Geburtsdatum ihres Kindes

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und erklären uns damit einverstanden, dass Auskünfte gegenseitig erteilt und besprochen werden dürfen.

Diese Schweigepflichtentbindung dient folgendem Zweck:

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

Datum

Unterschriften Sorgeberechtigte/r / gesetzliche Vertretung

Unterschrift Patient:in