

---

## Schweigepflichtentbindung (wechselseitig)

Hiermit entbinde/n ich/wir,

---

Name, Vorname der Sorgeberechtigten bzw. Patient:in

- Frau Ariadne Sartorius       Frau Sarah Bösch       Frau Svenja Michel

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