



Schweigepflichtsentbindung

Entbindung von der Schweigepflicht

Kind/ Jugendliche(r)

Geburtsdatum

Als Sorgeberechtigte(r) entbinde(n) ich/ wir folgende unten genannte Person(en)/ Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber den ÄrztInnen und zuständigen Mitarbeitern/ -innen der **Fachpraxis für Kinder- und Jugendmedizin** Dr. Kuhls – Schwerk - Micheel.

Gleichfalls entbinde(n) ich/ wir die ÄrztInnen und Mitarbeiter/ -innen der **Fachpraxis für Kinder- und Jugendmedizin** Dr. Kuhls – Schwerk – Micheel von ihrer Schweigepflicht gegenüber der/ den unten genannten Person(en)/ Institutionen.

1. Person/ Institution

2. Person/ Institution

3. Person/ Institution

Dieses Schreiben behält bis zum schriftlichen Widerruf seine Gültigkeit.

Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

Vor- und Nachname(n) in Druckbuchstaben



Für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Kuhls - Schwerk - Micheel