

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT



Betreffend: _____ (Name und Geburtsdatum des Kindes)

Hiermit entbinde ich, _____, als Erziehungsberechtigte/r von obigem Kind die Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendarztpraxis _____ von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

Name	Tätigkeit/Funktion	Telefonnummer

Betreffend folgende Inhalte/Themen:

--

Datum/Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r