

# ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT



Obleute Stuttgart

Betreffend: \_\_\_\_\_ (Name und Geburtsdatum des Kindes)

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

Name	Tätigkeit/Funktion	Telefonnummer

Betreffend folgende Inhalte/Themen:

---

Datum/Ort

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r