

Schweigepflichtentbindung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich:

_____, Geburtsdatum: _____

_____, Geburtsdatum: _____

alle Mitarbeiter der Praxis Dr. med. B. Georgii bezüglich meines Kindes
von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person und/oder Einrichtung:

Name Einrichtung _____

Name Ansprechpartner _____

Anschrift Einrichtung _____

Telefonnummer _____

Diese Schweigepflichtentbindung gilt **gegenseitig**. Ich erkläre mich damit einverstanden,
dass behandlungsrelevante Befunde und Unterlagen mitgeteilt und übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen
kann.

¹Grundsätzlich ist es notwendig, dass **beide Eltern unterschreiben**. Liegt die Unterschrift
nur eines Elternteils vor, so **versichert** die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im
Einverständnis mit dem **anderen Elternteil handelt** oder dass sie/er das alleinige
Sorgerecht für das Kind/ Jugendliche(n) hat.

München, den _____

Unterschrift der/des volljährigen Pat. oder beider sorgeberechtigter Elternteile¹