



Schweigepflichtsentbindung

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Hiermit entbinde ich / entbinden wir die Ärzte und Therapeuten der Praxis Dr. Michael und folgende Personen wechselseitig von der Schweigepflicht bezüglich des o.g. Patienten:

1. _____

2. _____

3. _____

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter