



Schweigepflichtentbindung für folgende/n Patientin / Patienten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Interne
Patientennummer

Hiermit erteile/n ich / wir

als Mutter

als Vater

wir als Eltern

als Vormund/in

eine Schweigepflichtentbindung. *Bei gemeinsam sorgeberechtigten Eltern gebe ich diese Erklärung im Einverständnis ab.*

Ich / wir entbinde/n wechselseitig von der Schweigepflicht.

alle Mitarbeiter/innen und Inhaber/innen des Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

nur gegenüber

Institution:

Ansprechpartner/in:

Kontaktmöglichkeit:

Anlass / Austausch zu / Gespräch über

Neben dem direkten Kontakt dürfen wechselseitig auch vorhandene Unterlagen und Befunde ausgetauscht werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift(en)