



## Schweigepflichtsentbindung

### Erklärung

Hiermit entbinde(n) ich/ wir

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschriften aller Sorgeberechtigten)

Frau/Herrn

\_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt/Klinik

\_\_\_\_\_

Psychotherapeut/in

\_\_\_\_\_

Kindergarten

\_\_\_\_\_

Schule

\_\_\_\_\_

Sonstige:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

und

Frau/Herrn

\_\_\_\_\_

Bezüglich meiner Person/Tochter/meines Sohnes/Mündels

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

**wechselseitig von der Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschriften aller Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/in)