

# Schweigepflichtentbindung

PRAXIS DR. KLAUS RIEDEL; BISMARCKSTR. 29; 33615 BIELEFELD

## Erklärung

Hiermit entbinde(n) ich/ wir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Angabe aller Sorgeberechtigten)

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt/Klinik \_\_\_\_\_

Psychotherapeut/in \_\_\_\_\_

Kindergarten \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

und \_\_\_\_\_

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Bezüglich meiner Tochter / meines Sohnes / meines Mündels / meiner Person

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

## wechelseitig von der Schweigepflicht.

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

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

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