

# Schweigepflichtsentbindung

**für**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Hiermit entbinde ich Frau Kristina Kaiser und ihre Mitarbeiterinnen  
und Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber:

\_\_\_\_\_  
und umgekehrt. - Diese Schweigepflichtsentbindung kann  
widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Vormundes

Ich bin alleinige/r Inhaber/in der elterlichen Sorge (bitte ggf. ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten selbst