

# Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Frau/Herr \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

freiwillig,

Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_

Praxis \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte über meinen Sohn/meine Tochter

\_\_\_\_\_ geb. am. \_\_\_\_\_

an Frau Angelika Garske, Bilholtstr. 25, 59399 Olfen, erteilt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift