

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. _____

mit Frau Angelika Garske, Bilholtstr. 25, 59399 Olfen, ausgetauscht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r