

## Entbindung von der Schweigepflicht

Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte(r) für das oben genannte Kind/als oben genannter PatientIn, entbinde ich Frau Dipl. Soz-päd. (FH) Katharina Zrenner von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber folgenden Personen, sowie deren Vertretern und Mitarbeitern. Die Entbindung von der Schweigepflicht besteht wechselseitig.

Ich ermögliche hiermit die mündliche und/oder schriftliche Einholung von Befunden, Berichten, Stellungnahmen etc. sowie den mündlichen Austausch und die Zusammenarbeit der aufgeführten Personen/Institutionen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt freiwillig.

	Person/Institution und Telefonnummer	Vermerk evtl. Einschränkungen	Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten/ des PatientenIn
1.			
2.			
3.			