



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich

Name/Vorname **Sorgeberechtigter**

geboren am

die Praxis Dr. Lindermüller von der Schweigepflicht bezüglich meines Kindes:

Name/Vorname **Patient**

geboren am

Gegenseitig gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen

Ansprechpartner

Telefonnummer

Wir sind damit einverstanden, dass die betrauten Mitarbeiter der Praxis zu den oben genannten Personen / Institutionen unter Beachtung des Datenschutzes Kontakt aufnehmen dürfen bzw. entsprechende Unterlagen anfordern und /oder austauschen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift