

Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/ -in:

geb. am:

**Ich entbinde hiermit: _____ in der Gemein-
schaftspraxis Dr. Schächter, Schwarzenbergstraße 9, 79423 Heitersheim, von der Schweige-
pflicht gegenüber (Name/ Funktion/ Institution/ Kontaktdaten):**

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Patient/ -in oder des/ der Erziehungsberechtigten

Ich entbinde ebenfalls hiermit (Name/ Funktion/ Adresse/ Kontaktdaten):

von der Schweigepflicht gegenüber:

Name/ Institution: _____ in der Gemein-
schaftspraxis Dr. Schächter, Schwarzenbergstraße 9, 79423 Heitersheim

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient/ -in oder des/ der Erziehungsberechtigten