

## 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