



## Schweigepflichtentbindung

Herr Vitali Schmidt  
Bahnhofstraße 18  
88048 Friedrichshafen (Kluftern)

---

Vor- und Nachname Patient(in)

Geburtsdatum

Hiermit wird Herr Vitali Schmidt von seiner Schweigepflicht gegenüber unten genannten Personen oder Institutionen entbunden und ein gegenseitiger schriftlicher und mündlicher Austausch über die aktuelle Behandlung erlaubt.

---

Hausarzt/Kinderarzt

---

Sonstige Mitbehandler

---

Kindergarten/Schule/Klassenlehrer/Sozialpädagoge

---

Jugendamt

---

Krankenversicherung/Beihilfe

---

Sonstige

Die Schweigepflichtentbindung gilt auch umgekehrt.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder  
Sorgeberechtigte(r)

ggf. Unterschrift  
2. Sorgeberechtigte(r)