

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Frau Françoise Thierfelder von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgender Person:

Name, Vorname oder Einrichtung/Klinik

falls vorhanden Tel.

Diese Person ist mein/e (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Arzt/Ärztin (Hausarzt/Fachärztin/Kinderarzt, Klinik)

PsychotherapeutIn

Sonstige: _____

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (Email, Fax oder Post) widerrufen kann.

Hamburg, den <\$rightNow.mcMediumDate\$>

X _____
Unterschrift Eltern/der o.g. sorgeberechtigte Person

Anmerkung:

für jede, von der Schweigepflicht entbundene Person, muß ein separates Formular ausgefüllt werden, es sei denn Sie entbinden mich für eine Institution (zB. Klinik, Wohnheim)