

PraxisKronfeld

Schweigepflichtsentbindung / Einverständniserklärung

bezüglich des/der Patient/in: _____

geb. am: _____

Hiermit entbinde ich/wir den/die Therapeut/in: _____

und Ärztin/Arzt JA Schule Andere

Ansprechpartner/in: _____

im Rahmen der laufenden Therapie von der Schweigepflicht beruhend auf
Gegenseitigkeit.

Ort, Datum

Patient/in

Sorgeberechtigte/r