



## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich (Vor- und Zuname) \_\_\_\_\_  
die Praxis Dres. med. Trienekens & Peters & Ahlbrecht von der Schweigepflicht  
gegenüber:

- Dem Jugendamt \_\_\_\_\_
- Der Schule \_\_\_\_\_
- meinen Eltern \_\_\_\_\_
- der Arztpraxis \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis Dres. Med. Trienekens & Peters & Ahlbrecht erhobene Befunde weiterleiten. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die o.g. Institutionen Ihrerseits unserer Praxis Informationen weitergeben darf.

Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit von mir widerrufen oder in Ihrem Umfang eingeschränkt werden.

Ort, Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_