

Name, Vorname  
Anschrift  
Geburtsdatum

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

---

Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin/Ärzten

von der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Überlassung von Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen, sowie der Erteilung von Auskünften über

meine bisherigen Behandlungen, Erkrankungen und meinen Gesundheitszustand

die bisherigen Behandlungen, Erkrankungen und den Gesundheitszustand  
meines Kindes \_\_\_\_\_ geb. am. \_\_\_\_\_

an das Gesundheitsamt

an \_\_\_\_\_

einverstanden.

-----  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum