

**Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)**  
**für weitere Bezugspersonen**

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner im Rahmen seiner Untersuchungen und Behandlungen **mündliche und schriftliche therapierelevante Auskünfte** über

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

mit folgenden Sorgeberechtigten bzw. Angehörigen austauschen darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name	Ort	Funktion

**Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):**

Patient     Mutter     Vater     andere:.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift