

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