

# Schweigepflichtentbindungserklärung

für

Name und Vorname meines Kindes

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

(hier bitte Adresse Patient/Patientin)

Als Eltern/Sorgeberechtigte Person

---

(Name, Vorname der Mutter, des Vaters oder anderen sorgeberechtigten Person)

entbinde **ich den Arzt/die Ärztin:**

---

(hier bitte Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin eintragen)

von der Schweigepflicht  
und erkläre mich mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens einverstanden,  
damit die Ärztin/der Arzt die benötigten Auskünfte  
an den

**Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München**

erteilen darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht  
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Patient/Patientin  
bzw. gesetzlicher Vertreter)