

Dr. med. Daniel Brox
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie



Zwingergasse 4a | 74889 Sinsheim | Telefon: 07261/8808 | Fax: 07261/735699

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit **entbinde ich die Praxis Dr. Brox** bezüglich der Behandlung meines oben genannten Kindes von der ärztlichen **Schweigepflicht** gegenüber

zu Auskünften zu dem Vorgang _____

Betroffen davon sind **alle Angaben zur Anamnese, zu Untersuchungen und deren Ergebnissen.**

Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

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

Sinsheim, den _____ Unterschrift: _____