



**Kinder- und Jugendarztpraxis
Dr. med. Karl Schmitt**

**Oberer Graben 62
97980 Bad Mergentheim**

**Tel.: 07931/2069
Fax.: 07931/2060**

Bad Mergentheim, _____

Schweigepflichtsentbindung

Betreff:

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Straße, HausNr,

PLZ, Wohnort

Hiermit entbinde ich
Die Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. Karl Schmitt
gegenüber

von der Schweigepflicht.

Es ist mir bekannt, dass diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit von mir wieder
widerrufen werden kann.

Name Erziehungsberechtigte/r: _____

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r