

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

die meines Kindes behandelnde Ärzte

- Dr. med Elena Sergejev
- Andrea Siegler
- Marian Cwikowski
- Dr. Dorothee Brandau
- Dr. Theda Walker

MVZ am Universitätsklinikum Leipzig I  
Med VZ Kinderheilkunde Standort Liebigstraße 20-22,  
Tel.: 03410/9712333  
Fax.: 0341/9712139

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte Sie sowie die betreffenden Einrichtungen,  
nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und  
auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.

Folgende Einrichtungen/Personen dürfen informiert werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

\_\_\_\_\_