

**ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT
(MINDERJÄHRIGE)**

Ich Herr/Frau.....

geboren am:

als Vater/Mutter von.....

geboren am:

entbinde den betroffenen Arzt bzw. die betroffene Ärztin

Dr.....

von der Pflicht zur Verschwiegenheit. Dies gilt **ausschließlich** für seine bzw. ihre
Stellungnahme **im vorliegenden Beschwerdeverfahren.**

.....

Datum

.....

Unterschrift

FORMULAR ENTBINDUNGSERKLÄRUNG - MINDERJÄHRIGE

