



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Hiermit entbinde ich die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte darum, die angeforderten Unterlagen in Kopie

folgender Stelle: _____

mir

zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei minderjährigen/nicht geschäftsfähigen Patienten Unterschrift des Sorgeberechtigten)