

# Schweigepflichtentbindung

Copyright dbi

## Entbindung von der Schweigepflicht

### PatientIn:

Name: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

### Kindergarten/Schule/Einrichtung

Name: .....

Adresse: .....

ErzieherIn: .....

LehrerIn: .....

Telefon: .....

Hiermit entbinde ich die LogopädInnen der logopädischen Praxis .....  
von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Kindergarten/Schule/anderen therapeutischen  
Einrichtungen/Sozialamt/..... (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Zweck der Schweigepflichtentbindung .....

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit (schriftlich)  
widerrufen kann.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)