

Dr. med. Anne Bischoff • Dipl.-Med. Gundula Hofmann

Große Hamkenstr. 19
49074 Osnabrück

Telefon: 0541 - 760279-90
Fax: 0541- 760279-99

Schweigepflichtentbindung

Name d. Kindes:

geb.:

wohnhaft:

Hiermit entbinde/n ich/wir..... als Sorgeberechtigte/r des
oben genannten Kindes die Praxis Dr. med. A. Bischoff/Dipl.-Med. G. Hofmann, sowie die von ihnen beauftragten
Mitarbeitenden und die unten genannten Personen oder Institutionen von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Ich bin/Wir sind mit dem gegenseitigen Austausch von Befunden und Informationen einverstanden.

Selbstverständlich ist diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufbar. Wir bitten Sie den Widerruf, zur
Vermeidung von Missverständnissen, kurz formlos schriftlich zu formulieren oder unser Formular zu nutzen.

Schulen und ggf. andere Institutionen dürfen telefonisch oder schriftlich (per Fax oder Brief) mit der Bitte um
Terminvereinbarung kontaktiert werden, zwangsläufig unter Nennung des Namens des Kindes und der Kontaktperson.

.....
.....
.....

.....

.....

Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten