



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich:

Vorname Patient/in:

Nachname Patient/in:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Frau Dr. med. Maite Hartwig und
Frau Dr. med. Alexandra Albat
vom Delfin-Kids Zentrum für Kinderschmerztherapie
Alsterdorfer Markt 8, 22297 Hamburg,

der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

.....

.....
Name und Anschrift:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/in,
bzw. des/r gesetzlichen Vertreters/in