SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich:

_____	_____
Vorname Patient/in:	Nachname Patient/in:
_____	_____
Wohnort:	Geburtsdatum:

Frau Dr. med. Maite Hartwig
und Frau Heidi Berck
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