

## Entbindung der Schweigepflicht

Ich \_\_\_\_\_ (Name)

entbinde Herrn Tobias Wille/Frau Anika Wille  
von der Arztpraxis Wille, Bahnhofstraße 13, 29525 Uelzen

von ihrer Schweigepflicht

gegenüber

---

---

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nur für folgende Sachverhalte:

- zu meiner aktuellen Gesundheitssituation
- z.B. Fragen zur Entwicklung meines Kindes

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens bis \_\_\_\_\_ (Datum)  
oder bis zu einem bestimmten Ergebnis.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Erklärung jederzeit – auch ohne  
Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.

*Ihr Praxisteam*

**Arztpraxis Wille**  
Anika & Tobias Wille  
Bahnhofstraße 13  
29525 Uelzen

**So erreichen Sie uns**  
Tel.: 0581 97188920  
Mail: [info@arztpraxis-wille.de](mailto:info@arztpraxis-wille.de)

**Sprechstunde**  
Montag – Freitag 08.00 bis 12.00 Uhr  
Montag und Donnerstag 15.00 bis 18.00 Uhr  
und nach Vereinbarung

**Terminsprechstunde**  
Montag – Freitag 08.00 bis 10.00 Uhr  
Montag und Donnerstag 15:00 – 16:30 Uhr