



RECHTSANWÄLTIN  
SABRINA STEINBERGER

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

---

**Name, Vorname, Geburtsdatum**

wohnhaft in

---

**Straße, Hausnummer, Wohnort**

im Verfahren

---

**Aktenzeichen des Verfahrens**

die Ärztin/ den Arzt

---

---

von ihrer/ seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

---

Anwaltshaus Altötting  
Burghauser Str.7  
84503 Altötting



RECHTSANWÄLTIN  
SABRINA STEINBERGER

Tel.: 08671/ 7309919  
E-Mail: [kanzlei@ra-steinberger.com](mailto:kanzlei@ra-steinberger.com)  
[www.ra-steinberger.com](http://www.ra-steinberger.com)

dem Gericht

\_\_\_\_\_

dem Jugendamt

hierbei nur gegenüber der Sachbearbeiterin/ dem Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

dem Verfahrensbeistand

\_\_\_\_\_

der Rechtsanwältin Sabrina Steinberger

Die Erklärung bezieht sich auf folgende Daten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Entbindung der Schweigepflicht berechtigt die Ärztin/ den Arzt, die betreffenden Daten gegenüber dem benannten Dritten herauszugeben. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift