

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

den Arzt / die Ärztin:

1. (Name/Anschrift): _____

2. (Name/Anschrift): _____

3. (Name/Anschrift) _____

gegenüber

von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich des Behandlungsfalls:

Bei gesetzlicher Vertretung:

Name des Vertretenden: _____

Geburtsdatum des Vertretenden: _____

Datum: _____

(Unterschrift)