

Entbindung des Arztes von der gesetzlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

dass ich sämtliche Ärzte und deren Berufshelfer, die mich anlässlich meiner

Erkrankung: _____

Verletzung: _____

behandelt haben, von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht entbinde gegenüber folgenden Personen:

1.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

2.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

3.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)