

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Sie sollen folgenden Personen über meinen gesundheitlichen Zustand Auskunft geben dürfen und auch Einsicht in die mich betreffenden Krankenunterlagen gewähren:

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift