

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich _____

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

den Arzt / die Ärztin _____

Anschrift: _____

gegenüber der/dem _____

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Behandlungsfall/Unfall: _____

Datum: _____

(Unterschrift)