

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

von ihrer Schweigepflicht gegenüber und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die von im Rahmen ihrer/seiner Aufgaben benötigten Auskünfte erteilen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. des Betreuers)