

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

willige ein, dass folgende Ärzte

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

zu folgendem Zweck:

folgende Unterlagen:

an:

weiterleiten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in