



## 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)