

Schweigepflichtsentbindung

Ich [Name, Anschrift, Geburtsdatum] entbinde folgende Ärzte

1. [Name, Anschrift]
2. ...

von ihrer Schweigepflicht gegenüber [Name, Anschrift, Geburtsdatum] und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde [...] mitgeteilt werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift