



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

ZUSTELLUNGEN WERDEN NUR AN
DIE BEVOLLMÄCHTIGTEN ERBETEN!

Hiermit entbinde ich, Frau / Herr _____, geb. am _____

wohnhaft: _____

die _____

von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte, der _____

die von diesen gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift