



## 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