

## Schweigepflichtentbindung

Ich (Name, Anschrift, Geb.datum)

---



---

entbinde folgende Ärzte (Namen der Ärzte, die bislang Ihre Behandlung übernommen haben)

Bisheriger Hausarzt	
---------------------	--

Facharztbezeichnung (z.B. Kardiologe, etc)	Name und Anschrift
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde meiner o.g. Hausarztpraxis mitgeteilt werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift