



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte/Ärztinnen

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren. Sowie Terminvereinbarungen durchzuführen.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Name, Unterschrift