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.

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum	Name, Gesetzliche Vertretung	Unterschrift