

# Schweigepflichtentbindungserklärung

## Vollmacht zur Auskunft gegenüber Dritten

Die/der Unterzeichnende

---

Vorname, Name, Geb. Datum, Bürgerort, Wohnadresse

entbindet hiermit sämtliche behandelnden Ärzte und ihre Hilfspersonen von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, bezüglich

---

Angabe des Behandlungsgrunds/Behandlungsort etc.

gegenüber

---

Name und Adresse des Empfängers

sämtliche in der Sache erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

Ort, Datum:

---

Unterschrift