

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