

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Vollmachtgeber

Vorname / Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum (tt/mm/jjjj): ____ / ____ / _____

meinen Arzt Dr. _____ in _____ von der Schweigepflicht.

Ich bitte darum, nachfolgender Person bis auf Widerruf Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand per Wort / Schrift einschließlich telefonisch zu geben und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen.

Vollmachtnehmer

Vorname / Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum (tt/mm/jjjj): ____ / ____ / _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____