

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit willige ich, _____,
geboren am _____, wohnhaft in _____

ein, dass Frau /Herr _____
zu folgendem Zwecke

folgende Unterlagen:

an _____ weiterleitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____, den _____

Unterschrift (der/des Patientin/en)

Bitte faxen an **+49 (0241) 80 82416**