**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG**

Hiermit entbinde ich,

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Nachname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |  |

folgenden Arzt,

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Nachname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Praxis-Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |  |

von seiner Schweigepflicht gegenüber folgende/r Person/Einrichtung/Institution:

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Nachname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Telefonnummer** |  |

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf den folgenden Zweck und Inhalt:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort** |  |
| **Datum** |  |

|  |
| --- |
|  |

**Unterschrift**