

Befreiungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Wohnort _____

Hiermit befreie ich in nachfolgender Angelegenheit:

die mich behandelnden/untersuchenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Persönliche Unterschrift