

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Hiermit entbinde ich

den Arzt Herrn Robert Langer, Röderstr. 6, 90518 Altdorf

gegenüber

Name

Adresse

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Einschränkungen (z. B. nur Befunde eines bestimmten Zeitraums / nur bestimmte Befunde):

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)