

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Frau/Herr

wohnhaft:

PLZ, Ort:

freiwillig

Frau/Herrn Dr.

Praxis

Ort

von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte an

Frau/Herrn

erteilt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift