

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich \* ,

---

die nachfolgend genannten Personen \* von ihrer ärztlichen Schweigepflicht

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

gegenüber \*

---

Die Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auch auf die Mitarbeiter der genannten Personen. Sie erstreckt sich auf meine gesamte Krankengeschichte. Die genannten Personen sind befugt Abschriften und Kopien aus den Krankenunterlagen zu überlassen.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)

\* Bitte möglichst den vollständigen Namen und die Anschrift angeben.