

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde **ich den Arzt/die Ärztin:**

(hier bitte Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin eintragen)

von der Schweigepflicht

und erkläre mich mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens einverstanden,
damit die Ärztin/der Arzt die benötigten Auskünfte

an den

Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München

erteilen darf.

(hier bitte Adresse Patient/Patientin):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/Patientin
bzw. gesetzlicher Vertreter)