

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, Frau/Herr , geb. am , alle in Betracht kommenden Ärzte und deren Hilfspersonen von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden mit der Beiziehung aller einschlägigen Krankenunterlagen. Die Entbindungserklärung erstreckt sich insbesondere auf die nachfolgend aufgeführten Ärzte und Krankenhäuser:

Name	Fachrichtung	Anschrift	Behandlungszeitraum

Ort, Datum

Unterschrift