

## Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Ich , geb. am   
entbinde Frau Dr. med.  von ihrer ärztlichen

Schweigepflicht gegenüber:

(Name)

(Institution).

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nur für folgende Sachverhalte:

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens bis

oder bis zur Klärung des Sachverhaltes.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Erklärung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift