

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

von ihrer Schweigepflicht gegenüber ..... und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die von ..... im Rahmen ihrer/seiner Aufgaben benötigten Auskünfte erteilen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten  
bzw. des Betreuers)