

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, _____
(Name und Anschrift)

entbinde mit dieser Erklärung Frau/Herrn Dr. _____
(Name und Anschrift)

gegenüber

Frau Yvonne Meßinger, Schlotfegergasse 26-30, 90402 Nürnberg

von ihrer/seiner Pflicht zur Verschwiegenheit.

Frau/Herr Dr. _____
(Name)

ist berechtigt, dem der oben genannten sowohl (mündliche und schriftliche) Auskünfte zu erteilen als auch Unterlagen in Kopie zur Verfügung zu stellen.

Ich wurde darüber belehrt, dass ich diese Entbindungserklärung jederzeit gegenüber Frau/Herrn Dr. _____
(Name)

widerrufen kann.

Ort, Datum

Patient