

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

geboren am _____

alle bezüglich während meiner Behandlung in der Zeit vom _____ bis
_____ in Betracht kommenden Ärzte/Ärztinnen und sonstigen
Medizinalpersonen von ihrer Schweigepflicht.

Gleichzeitig erkläre ich mich diesbezüglich einverstanden mit der Heranziehung aller
einschlägigen Patientenunterlagen.

Berlin, den _____

Unterschrift _____