

Schweigepflichtentbindungserklärung

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Aktenzeichen: _____

Arzt/ Zahnarzt: _____

(Anschrift) _____

Behandlungszeitraum: _____

Hiermit entbinde ich alle mich betreuenden und behandelnden Ärzte/Zahnärzte von der ärztlichen Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass die

Rechtsanwälte Klinge | Hess
Rheinstraße 2a
56068 Koblenz

über mich betreffende Auskünfte informiert werden und eine Abschrift der Auskunft erhalten.

Ort: _____

Datum _____

Unterschrift: _____