
ENTBINDUNG von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

_____, _____* _____
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

Wohnhaft:

_____, _____
(Strasse) (PLZ, Wohnort)

Telefon:

Herrn Dr. K.M. Schmid , Arzt für Innere Medizin, Appenzellerstr. 129, 81475 München

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

.....
Herrn/Frau

_____, _____* _____
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

Wohnhaft:

_____, _____
(Strasse) (PLZ, Wohnort)

Telefon:

**Die Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf Widerspruch
und gilt für alle medizinischen Belange /
oder: ist begrenzt auf folgende Bereiche:
(Nichtzutreffendes streichen)**

Unterschrift des Vollmachtgebers:

München, den, __. __. ____

(Unterschrift)