

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Anschrift:

.....

den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin:

.....

von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme der Weitergabe der Befunde an
meinen Bevollmächtigten,

Herrn Rechtsanwalt Fabian Conrad, Johannisstr. 19, 26121 Oldenburg, zu

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

.....