

Erklärung über die 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, Bloherfelder Str. 129, 26129 Oldenburg, zu.

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

Oldenburg, _____

Unterschrift: _____