

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
geboren am	
Telefon-Nr.	

Ich entbinde hiermit den mich behandelnden Arzt / die mich behandelnden Ärzte von seiner / ihrer ärztlichen Schweigepflicht:

Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben	
Klinik	
Standort	
Arzt / Ärzte	
Aufenthalt vom	

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

Angeforderte Unterlagen:

Ort, Datum

Unterschrift des Ausstellers
