**Schweigepflichtsentbindung Arzt**

**Überschrift**

Schweigepflichtsentbindung

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arztpraxis**

Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erklärung**

Hiermit entbinde ich die Arztpraxis von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unterschrift**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_