

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, folgende Ärzte

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten  
bzw. des Betreuers)



Gemeinschaftspraxis  
Dr. Gerlach / Dr. Rimoldi  
An der Graswiese 19  
55413 Weiler b. Bingen