

ICH, Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

entbinde meinen Hausarzt/meine Hausärztin

- | | | |
|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dr. Evelyn Modlich | in der |
| <input type="checkbox"/> | Herbert Trautermann | Praxis am Marienplatz |
| <input type="checkbox"/> | Blendi Qesaraku | Stresemannstr. 28 |
| <input type="checkbox"/> | | 41236 Mönchengladbach |

von seiner/ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt in Bezug auf

- alle meine Vorerkrankungen
- Behandlungsunterlagen wegen
- Befund der Untersuchung vom
- Röntgenbild
- Arztbrief vom

Zum Zweck der

- Abrechnung
- Nachbehandlung
- Gutachtenerstellung
- Alles

Bitte übermitteln Sie die Daten an/reden Sie über mich mit:

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Diese Erklärung gilt

- Einmalig
- Bis zum _____
- Bis auf Widerruf

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

Datum, Unterschrift