

Schweigepflichtenbindungserklärung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich den/die mich behandelnden/behandelnde Arzt/Ärztin,

_____ von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber

Rechtsanwalt Wolfram Dudda, Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck.

Ich stimme zu, dass die erforderlichen Unterlagen (z. B. Krankengeschichten, Untersuchungsberichte und/oder Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen etc.) eingeholt werden.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Schweigepflichtenbindungserklärung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich den/die mich behandelnden/behandelnde Arzt/Ärztin,

_____ von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber

Rechtsanwalt Wolfram Dudda, Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck.

Ich stimme zu, dass die erforderlichen Unterlagen (z. B. Krankengeschichten, Untersuchungsberichte und/oder Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen etc.) eingeholt werden.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift