

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname

Geburtsdatum und -ort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

alle Ärzte, die mich in Zusammenhang mit dem Vorfall vom _____ behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber der

Kanzlei Timm
Walder Str. 3
42781 Haan

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt werden.

Datum, Ort

Unterschrift