

Schweigepflichtentbindung

Ich _____, geboren am _____, wohnhaft in _____,
(Vorname, Name) *(Adresse)*

entbinde folgende Person

Name: _____
(Privatperson / Praxis / Dienstleister / Arzt / Therapeut etc.)

Anschrift: _____

von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Name: _____ <i>Krankenkasse</i>
Anschrift: _____

Name: _____ <i>(Privatperson / Praxis / Dienstleister / Arzt / Therapeut etc.)</i>
Anschrift: _____

Name: _____ <i>(Privatperson / Praxis / Dienstleister / Arzt / Therapeut etc.)</i>
Anschrift: _____

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgenden Zweck:

Inhalt: _____

Die Schweigepflichtentbindung gilt widerruflich bis zum _____

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung, sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift