

Entbindung Schweigepflicht

Ich,

.....,
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

.....,
(Straße und Hausnummer) (Postleitzahl) (Ort)

entbinde die Praxis

Dr. med. M. Auer-Rebmann/A. Geist-Schmid mit Praxisteam

gegenüber:

.....,
(Name, 1. Person) (Vorname, 1. Person) (Geburtsdatum ,1. Person)

.....,
(Straße und Hausnummer) (Postleitzahl) (Ort)

.....,
(Name, 2. Person) (Vorname, 2. Person) (Geburtsdatum, 2. Person)

.....,
(Straße und Hausnummer) (Postleitzahl) (Ort)

von der Schweigepflicht.

.....,
(Unterschrift) (Ort) (Datum)

Bitte beachten Sie, dass die Identität des / der Bevollmächtigten (z. B. Personalausweis) nachgewiesen werden muss.