

## Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse

Hiermit entbinde ich

den Arzt Herrn Robert Langer, Röderstr. 6, 90518 Altdorf

gegenüber

---

Name

---

Adresse

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Einschränkungen (z. B. nur Befunde eines bestimmten Zeitraums / nur bestimmte Befunde):

---

---

---

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)