STOLZ · FAUST · ZUNDEL
RECHTSANWÄLTE PartGmbB
FACHANWÄLTE FÜR ARBEITSRECHT

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, _____,
(Vor- und Nachname)

_____,
(Adresse)

entbinde hiermit die mich behandelnden Ärzte, einschließlich des medizinischen Personals, insbesondere Herrn/Frau Dr.

_____,
(Name und Adresse des Arztes)

von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der/den

_____.
(Institution, Behörde, Versicherung, Gericht)

_____, den_____
(Ort) (Datum)

_____
(Unterschrift)

Overwegstr. 20 | D-45879 Gelsenkirchen | Tel. 0209 / 1 52 57 | Fax: 0209 / 14 36 95 | E-Mail: info@stolz-faust.de | Internet: www.stolz-faust.de