



STOLZ · FAUST · ZUNDEL

FACHANWÄLTE FÜR ARBEITSRECHT
RECHTSANWÄLTE PartGmbB

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)