

AZ:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____ Tel.: _____

den Arzt/die Ärztin bzw. das Krankenhaus:

Anschrift: _____

gegenüber der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 B,
22083 Hamburg von der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Minderjährigen, betreuten Personen etc. bitte noch folgende Angaben:

Behandlungsfall: _____ geb.: _____

Datum: _____
_____ (Unterschrift)

(Hinweis: Diese Erklärung ist nur für **vor-** oder **nachbehandelnde** Ärzte erforderlich.)

AZ:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____ Tel.: _____

den Arzt/die Ärztin bzw. das Krankenhaus:

Anschrift: _____

gegenüber der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 B,
22083 Hamburg von der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Minderjährigen, betreuten Personen etc. bitte noch folgende Angaben:

Behandlungsfall: _____ geb.: _____

Datum: _____
_____ (Unterschrift)

(Hinweis: Diese Erklärung ist nur für **vor-** oder **nachbehandelnde** Ärzte erforderlich.)