

AZ:

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Frau/ Herrn

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

gegenüber der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 B,  
22083 Hamburg bezogen auf den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
von der ärztlichen Schweigepflicht.

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

Behandlungsfall: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)