

AZ:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

Tel.: _____

den Arzt / die Ärztin

Anschrift:

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)