



Berufsrechtliche Prüfung von Beschwerdevorwürfen
Schweigepflichtentbindungserklärung
für die/den vor- oder nachbehandelnde/n Ärztin/Arzt

Daten der/des Patientin/en

Weiblich Männlich Divers

Vorname*

Geschlecht*

Name*

Geburtsdatum*

*** Pflichtangabe**

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Telefon- oder Mobilnummer*

E-Mail

Einverständnis

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärztekammer bei der/dem nachstehend genannten Ärztin/Arzt Behandlungsunterlagen anfordern darf, die mit den Beschwerdevorwürfen in Zusammenhang stehen und für die berufsrechtliche Prüfung notwendig sind. Ich entbinde diese/n Ärztin/Arzt von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Name, Vorname*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Ich/Wir unterschreiben diese Erklärung als:

Patient/in persönlich

Bevollmächtigte/r Vertreter/in*

Gesetzliche Vertretung der Patientin/ des Patienten (Eltern)

Betreuer/in*

*** Nachweise bitte beifügen**

Ort, Datum



Unterschrift

Ort, Datum



Unterschrift