



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich: _____, geb. am: _____

alle mich behandelnden Ärzte gegenüber der hausärztlichen Praxis

Stefan Burow

Bezirksstraße 30

63755 Alzenau

Tel.: 06023-32093-0

Fax.: 06023-32093-19

von der ärztlichen Schweigepflicht, damit ärztliche Befunde zum Zweck meiner weiteren Behandlung übermittelt werden können.

Datum / Unterschrift der Patientin/des Patienten

ggf. der/des Erziehungsberechtigten

oder der Betreuerin/des Betreuers im Sinne des Betreuungsgesetzes