

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

hiermit entbindet der Unterzeichnende, _____, wohnhaft
_____, Herrn/Frau Dr. med. _____,
_____ von der Einhaltung seiner/ihrer ärztlichen
Schweigepflicht in Bezug auf die Auskunft über die im Rahmen der durchgeführten ärztlichen
Behandlung gestellten Diagnosen und Auswirkungen sowie über die erforderliche weitere
Behandlung und Medikation.

Aachen, den

.....