

 **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Geben Sie bei Bedarf das von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene Orginal an die behandelnden Ärzte weiter.

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am:**

***Hiermit entbinde ich***

*Name:*

*Anschrift:*

**die mich behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.**

*Name:*

*Anschrift:*

*Name:*

*Anschrift:*

 *Ort, Datum Unterschrift*