

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich, der/die Unterzeichnende, ..... entbinde alle behandelnden  
Ärzte aus Anlass ..... und deren Folgen, von der ärztlichen  
Schweigepflicht.

Ich wurde bzw. werde noch von folgenden Ärzten/Ärztinnen behandelt:

Ort, Datum

Unterschrift