

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Arzt/ Zahnarzt: \_\_\_\_\_

(Anschrift) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle mich betreuenden und behandelnden Ärzte/Zahnärzte von der ärztlichen Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass die

Rechtsanwälte Klinge | Hess  
Rheinstraße 2a  
56068 Koblenz

über mich betreffende Auskünfte informiert werden und eine Abschrift der Auskunft erhalten.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_