

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

den Arzt / die Ärztin _____

Anschrift: _____

gegenüber der Ärztekammer Hamburg, Humboldtstraße 56,
22083 Hamburg, von der ärztlichen Schweigepflicht.

* Behandlungsfall: _____ * geb.: _____

Datum: _____

(Unterschrift)

* Bitte nur ausfüllen, wenn Sie für Minderjährige, betreute Personen etc. aktiv werden

Hinweis: Bitte diese Erklärung nur für vor- und nachbehandelnde Ärzte verwenden