

Schweigepflichtsentbindung

Ich befreie hiermit den/ die mich behandelnden Arzt/ Ärztin

..... in.....

die Ärzte /Ärztinnen

in der Angelegenheit:

von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass über mich vorhandene Krankheits- und Befundunterlagen oder -berichte, Röntgenbilder oder ähnliche Unterlagen den Ärzten des Gesundheitsamtes des Kreises Herzogtum Lauenburg in Ratzeburg zur Verfügung gestellt werden.

Die Abgabe der Erklärung erfolgt freiwillig und ist widerruflich.

.....
Ort, Datum

.....
Vor- und Zuname

.....
Geb.-Datum

.....
Anschrift

.....
Unterschrift