



Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, geboren am....., Herrn/Frau Dr..... von seiner ärztlichen Schweigepflicht und gestatte ihm/ihr, meine medizinischen Daten/Unterlagen an Dritte weiterzuleiten.

Datum/Ort

Unterschrift

Waive of confidentiality

I, Mr/Mrs, born....., hereby release Mr/Mrs. Dr.of my medical confidentiality and authorize the forwarding of my care setting documents forwarded to third parties.

Date/Place

Sign
