

ENTBINDUNGSERKLÄRUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich die Ärztin/den Arzt,,
hinsichtlich des im Schreiben vomgeschilderten Sachverhalts gegenüber
dem Ärztlichen Kreisverband Bad Kissingen von der Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Weiterleitung meiner Daten, Beschwerde und
Unterlagen an die Ärztin/den Arzt,

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift