

Schweigepflichtentbindung

Zur Unterstützung meiner Therapie / zur Erstattung durch meine Krankenversicherung / entbinde ich Sie hiermit von Ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen behandelnden Ärzten / meinem Kostenträger und gestatte den Austausch behandlungsrelevanter Daten und Informationen über mich. Ich entbinde Sie darüber hinaus von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen oder Institutionen:

Ort, Datum Unterschrift des Patienten