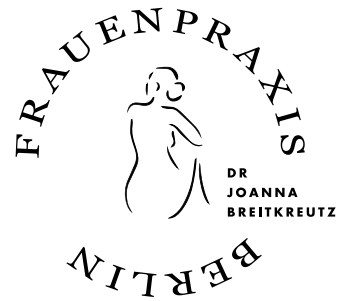


Schweigepflichtentbindung



Ich, Name: _____ Nachname: _____

geboren am _____, wohnhaft Straße _____

Nr.: _____ Plz.: _____ Ort _____

entbinde meinen derzeit behandelnden Arzt:

Name: _____ Nachname: _____

Straße _____ Nr.: _____

Plz.: _____ Ort _____

von seiner Schweigepflicht gegenüber:

Dr. med. Joanna Breitzkreutz

Fürstendamm 1a

13465 Berlin

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine komplette Akte in Kopie Dr. Joanna Breitzkreutz übergeben wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Ort, Datum

Unterschrift