

Zurück an:

Ärztlicher Bezirksverband Schwaben  
Frohsinnstr. 2  
86150 Augsburg

Bitte zurücksenden per Post

## **Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

**Name des Patienten/Patientin:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren am:

\_\_\_\_\_  
wohnhaft in - Ort

**Name des Arztes/Ärztin:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Praxisadresse

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

Ich willige ein, dass mein Schreiben an den/die betreffende(n) Arzt/Ärztin weitergeleitet wird und dass dieser/diese nur zum Zwecke des geschilderten Vorfalles, in diesem Falle meines Beschwerdeschreibens, Auskunft über mich an den Ärztlichen Bezirksverband gibt. Mit Abschluss dieser Angelegenheit erlischt diese Entbindung von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort , Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Bei minderjährigen Patienten bitten wir um Unterschrift beider Elternteile als gesetzlichen Vertreter bzw. des alleine Sorgeberechtigten oder des Vormunds unter Beilegung des entsprechenden Nachweises)