

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht dritter Personen

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich _____,
wohnhaft in _____,
geb. am _____, willige ein,
dass Herr/ Frau _____
geb. am _____

☐ vollumfänglich

oder nur folgende Dokumente

☐ Rezepte

☐ Überweisungen

☐ Befunde

☐ sonstiges _____

im MVZ Goldbach im Zeitraum von _____ bis _____
entgegennehmen darf.

Ich behalte mir den jederzeitigen Widerruf dieser Entbindungserklärung vor.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte bringen Sie zur Abholung Ihren Ausweis (Personalausweis,
Führerschein oder Reisepass) mit.**