

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Herr / Frau

_____ geb. am _____

wohnhaft in

entbindet die Praxis

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Allgemeinarztpraxis
GrunauDocs Dr Haessler/Dr. Pöhlmann, Kemnather Straße 27, 95448 Bayreuth.

Bitte beantworten Sie alle Anfragen, meinen Gesundheitszustand betreffend und
übersenden Sie alle angeforderten Befunde des gewünschten Zeitraums.

Ort, Datum

Unterschrift