

Familienname (Ehename):	ggf. Geburtsname:	Vorname:	geboren am:
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort):			

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Das Gesundheitsamt ist beauftragt, mich zu folgendem Zweck zu untersuchen und zu begutachten:

.....

Das Gesundheitsamt bedarf dazu folgender ärztlicher Auskünfte und/oder Unterlagen:

.....
.....
.....
.....

Ich entbinde Herrn/Frau

hinsichtlich dieser Auskünfte und/oder Unterlagen von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des/der zu Begutachtenden