

**Praxis Dr. Mustermann**

Musterstraße 10

12345 Musterstadt

Tel. 0 12 34 / 56 78 90 Fax. 0 12 34 / 56 78 91 Mail

info@nureinbeispiel.de

---

## **Entbindung der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich, {Patient-Name} {Patient-Vorname}, geb. am {Patient-Geburtsdatum}, Frau/Herrn \_\_\_\_\_ von der Schweigepflicht.

Er/Sie ist damit autorisiert, Herrn Dr. Mustermann Auskunft über meine Krankenunterlagen zu geben, bzw. Befundberichte an diese weiterzuleiten.

Aalen {Aktuelles Datum}

Unterschrift der/des Patient/in