

**ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT  
(ALLGEMEIN)**

Ich Herr/Frau.....

geboren am: .....

entbinde den betroffenen Arzt bzw. die betroffene Ärztin

Dr.....

von der Pflicht zur Verschwiegenheit. Dies gilt **ausschließlich** für seine bzw. ihre  
Stellungnahme **im vorliegenden Beschwerdeverfahren**.

.....

Datum

.....

Unterschrift

**FORMULAR ENTBINDUNGSERKLÄRUNG - ALLGEMEIN**

