ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

folgende Ärzte:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

bezüglich meines Beschwerdevorbringens von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Ärztekammer Niedersachsen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten