

Familienname:	gegebenenfalls 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