

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich _____, geboren am _____, folgende Ärzte

1. _____

2. _____

3. _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen

Name: _____

Vorname: _____

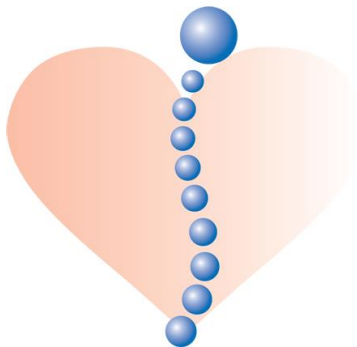
Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. des Betreuers)



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Dipl. Sportlehrer Klaus Gerlach
Dr. med. Stefan Rimoldi
Dr. med. Eva Frenschkowski (angestellte Ärztin)
Dr. med. Uta Persdorf (angestellte Ärztin)

An der Graswiese 19
55413 Weiler b. Bingen
Tel.: 06721 35450