



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____,
Name Vorname

geboren am _____ in _____,

meine behandelnden Ärzte Dr. med. Kerstin Forstreuter und Dr. med. Carsten Forstreuter
gegenüber _____ von der ärztlichen
Schweigepflicht für den Zeitraum von _____ bis _____.

Meckenheim, den _____

Unterschrift der / des Patientin / Patienten