

Schweigepflichtentbindung

(gültig nur für das unten aufgeführte Gespräch)

Patientenname: _____

Hiermit entbinde ich,

(eigener Name)

die Praxis Dr. Stadler gegenüber

(Name der Gesprächsperson)

von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift

Praxis Dr. Stadler
Thorner Str. 1b
30659 Hannover
Tel.: 0511 / 5906333