

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name: _____
Vorname: _____
Geb.: _____
Anschrift: _____

den Arzt
Amer Mansour
Anna-Seghers-Str. 109, 12489 Berlin

gegenüber
(Bitte so genau wie möglich)

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Prüfung meiner Unterschrift habe ich eine Kopie/das Original
meines Personalausweises beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift