



Lothar Ortmann

Facharzt für innere Medizin
und Allgemeinmedizin

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Straße/Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail

folgenden Arzt:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Straße/Nr.

von seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgender Person:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Straße/Nr.

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich auf folgenden Zweck und Inhalt:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

und soll gelten bis zu ihrem Widerruf durch mich.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	Unterschrift