

## Vollmacht zur Entbindung von der Schweigepflicht

---

An Praxis / Krankenhaus / Institution:

Anschrift:

Bzgl. Patient:

Geboren am:

Sehr geehrte Damen und Herren,

der o. g. Patient Ihrer Praxis entbindet mit seiner Unterschrift alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenhausanstalten und Gesundheitsämtern, die ihn in den letzten fünf Jahren (vor Ausstellung dieser Schweigepflichtentbindung) untersucht, beraten oder behandelt haben, von der Schweigepflicht und ermächtigt den Behandler

Herrn / Frau

die erforderlichen Auskünfte zum Abschluss eines Personenversicherungsvertrages zu erteilen.

Darüber hinaus bevollmächtigt der Patient

Herrn / Frau

Anschrift:

dazu, Auskünfte über seinen Gesundheitszustand entgegenzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten