

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am _____

Hiermit entbinde ich

Name _____

Anschrift _____

die mich behandelnde Ärzte

- Dr. med Elena Sergejev
- Andrea Siegler
- Marian Cwikowski

MedVZ Kinderheilkunde Standort Liebigstr., MVZ am Universitätsklinikum Leipzig I,
Liebigstr. 20-22, 04103 Leipzig, Tel.: 0341/9712322, Fax: 0341/9712329

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen,
nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und
auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.

Ort, Datum

Unterschrift