

Schweigepflichtentbindung

Patient: _____ geb: _____

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte um kurzfristige Überlassung von Berichten, Röntgenbildern und Befunden von ambulanten und stationären Behandlungen zu Händen von

Rehamedizinischer Dienst
Stiftung kreuznacher diakonie
Waldemarstr. 24
55543 Bad Kreuznach

Bad Kreuznach, den _____

Unterschrift: _____

