

## Schweigepflichtsentbindung

Ich:

---

[Name, Vorname, Geburtsdatum]

---

[Anschrift]

entbinde die Ärztinnen, Ärzte und Mitarbeiter/innen der Praxis Dr. Christian Braunger  
von ihrer Schweigepflicht gegenüber

---

[Name, Vorname, Geburtsdatum]

---

[Anschrift]

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde, Rezepte, Überweisungen oder  
Berichte dieser Person mitgeteilt/übergeben werden dürfen (nicht zutreffendes streichen).

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht  
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Stuttgart, \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_