



**Gemeinschaftspraxis Aicha**

Dr. med. Martin Seidl  
Hofmarkstraße 8  
94529 Aicha vorm Wald  
Tel. 08544 / 30 99 670  
Fax 08544 / 30 99 67 99

## Schweigepflichtsentbindung

Ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

entbinde meinen bisherigen Hausarzt von seiner Schweigepflicht gegenüber

Dr. med. Martin Seidl, Hofmarkstraße 8, 94529 Aicha vorm Wald

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt und Unterlagen abgeholt werden.

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

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

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