

# **Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht**

**Ich ( Vorname, Name ):**

**geb.:**

**entbinde hiermit meine Hausärztin:**

**Frau Dr. med. Sylvia Putz  
Klosterstr. 13 / 14  
31737 Rinteln**

**von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:**

---

**Name, Vorname, Geburtsdatum**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden  
ärztlichen Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Gutachten,  
Verordnungen sowie Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten  
und Krankenhäusern herausgegeben werden.**