

Dr. Knorr, Von-Emmich-Straße 4, D-78467 Konstanz

Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in _____

Geburtsdatum _____

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Personen/Institutionen gegenüber Herrn Dr. Roman Knorr von ihrer Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass ihm Auskünfte über meine dortigen Behandlungen, insbesondere in Form von Arztberichten, überlassen werden:

1	
2	
3	
4	
5	

Diese Erklärung gilt ab sofort und kann jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden – hieraus können mir Nachteile entstehen, derer ich mir bewusst bin und die ich in Kauf nehme.

Unterschrift Patient/in

Ort und Datum