

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	

die **Universitäts-Hautklinik Tübingen** von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an den/die untenstehende/n Arzt/Klinik zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übersendet werden.

Name des Arztes/ Krankenhauses/ der Klinik	
Anschrift/Stempel	
Telefonnummer	
Faxnummer	

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

.....
Datum, Unterschrift

