

## Entbindung der Schweigepflicht

***Hiermit entbinde ich (Name, Vorname, Geburtsdatum)***

---

***die Hausarztpraxis Schötz GmbH***

***gegenüber (Name, Vorname, Geburtsdatum)***

---

***von der gesetzlichen, ärztlichen Schweigepflicht.***

***Ort, Datum***

---

***Unterschrift***

---