



# Entbindung Schweigepflicht

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich das MVZ Südpfalz von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es die Beantwortung von Fragen betrifft, die im Zusammenhang stehen mit dem im Folgenden beschriebenen Ereignis:

Hier bitte kurz das Ereignis beschreiben (z.B. Unfall vom...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das MVZ Südpfalz wird ausdrücklich ermächtigt, alle gesundheitlichen Daten, die für den Fall relevant sind, weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift