## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich				
Name:				
Vorname:				
Geburtsdatum:				
Adresse:				
PLZ, Wohnort:				
die im Folgenden auf vertraglichen Schweigepf		örden/Institutionen	von ihrer gesetzl	ichen und
1. sämtliche mich behand	lelnden Ärzte:			
				-
2				_
3				_
Die Auskunft hat bei Anfo Kalchstraße 4, 87700 Mei Die Entbindung umfaßt al und dürfen an alle dara Krankenkassen etc.) erteil	mmingen zu erfolgen. Ile Auskünfte, die mit der an Beteiligten (Gericht,	benannten Angelegen	nheit in Zusammenh	nang stehen
Ort, Datum		(Unter	rschrift)	