

**Schweigepflichtentbindungserklärung
Vollmacht zur Auskunft gegenüber Vertrauenspersonen
(wie z.B Familienangehörige)**

Die/Der Unterzeichnende

Vorname, Name, Geburtsdatum

entbindet hiermit das Ärztezentrum Wohlen von ihrer Schweigepflicht und ermächtigt sie, gegenüber

Vorname, Name, Geburtsdatum und Anschrift des Empfängers

sämtliche Auskünfte zu erteilen sowie Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

Der/Dem Unterzeichnenden ist bewusst, dass diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift