



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Patient		
Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum	Verwaltungsnummer	
Straße		
Postleitzahl	Ort	

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Landesärztekammer des Saarlandes und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die von der Ärztekammer im Rahmen ihrer Aufgaben benötigten Auskünfte erteilen.

Von der Schweigepflicht entbundene Ärzte	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Betreuers