



Schweigepflichtentbindungserklärung

Patient		
Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum	Aktenzeichen Ärztekammer des Saarlandes (falls vorhanden)	
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Ärzte/ Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Ärztekammer des Saarlandes und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die von der Ärztekammer im Rahmen ihrer Aufgaben benötigten Auskünfte erteilen und der Ärztekammer Abschriften der Patientenunterlagen zur Verfügung stellen.

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Betreuers