

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

-----

----- Geburtsdatum: -----  
(Name, Adresse)

die Ärztin/die Ärzte/den Arzt

-----

-----

-----  
(Name, Adresse)

gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens an die / den Beschwerdegegner(-in) einverstanden.

-----  
(Ort, Datum)

-----  
(Unterschrift)