Schweigepflichtentbindungserklärung

(D28886)

Es gilt die aktuelle elektronische Version!

Hiermit erkläre ich

_____,
(Name, Vorname Patient:in)

wohnhaft in_____,

geboren am_____,

dass ich alle Mitarbeitenden, insbesondere die behandelnden Ärzt:innen, der Universitätsmedizin Mainz, Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

_____
(Name, Vorname, Adresse)

_____
(Name, Vorname, Adresse)

entbinde.

Mir steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift)

001016002