

Schweigepflichtentbindung



Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Hiermit entbinde ich,

Herrn Dr. Thomas Buchmann

Ernst-Grube-Str. 28

06120 Halle

und

von seiner Schweigepflicht und bitte um Zusendung aller vorhandenen Röntgenaufnahmen zur 14 tagigen Einsicht.

Halle (Saale), den _____

Unterschrift des Patienten _____