



Schweigepflichtsentbindung

Ich,

wohnhaft.....,

geboren..... entbinde

derzeit behandelner Arzt:

von seiner Schweigepflicht gegenüber

Frau Dr. med. Joanna Breitkreutz,

Fürstendamm 1a, 13465 Berlin

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine komplette Akte in Kopie Frau Dr. med. Joanna Breitkreutz mitgeteilt wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Ort, Datum

Unterschrift

FRAUENPRAXIS.BERLIN

Fürstendamm 1a - 13465 Berlin - Tel.: 030 629 331 78 - post@frauenpraxis.berlin