

**Absender:** X.....  
*Name/Anschrift*

An den  
Ärztlichen Bezirksverband Niederbayern  
Lilienstraße 5 - 9  
94315 Straubing

**Meine Beschwerde vom** X..... *(Datum)*  
**über Herrn/Frau Dr.** X.....  
**Anschrift:** X.....

### **Einverständniserklärung zur Weitergabe meiner Beschwerde**

Mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens an oben genannte/n Arzt/Ärztin erkläre ich mich einverstanden.

### **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich den/die im Betreff genannte/n Arzt/Ärztin, soweit es zur Klärung meiner Beschwerde erforderlich ist, gegenüber dem Ärztlichen Bezirksverband – und gegebenenfalls auch gegenüber der Bayerischen Landesärztekammer und dem Berufsgericht – von der ärztlichen Schweigepflicht.

X.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift*