

Absender:

An den
Ärztlichen Bezirksverband Niederbayern
Lilienstraße 5 - 9
94315 Straubing

Meine Beschwerde vom

über Herrn/Frau Dr. med.

Anschrift:

.....

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Einverständniserklärung zur Weitergabe meiner Beschwerde

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

....., den

.....

Name und Unterschrift