

Schweigepflichtentbindung

Hiermit bestätige ich (*Patient*)

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____

dass die JungfrauPraxis Interlaken AG gegenüber

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____

durch meine Unterschrift bis zum schriftlichen Widerruf von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist.

Interlaken, _____

Unterschrift: _____