

PRAXIS
dr. med. hagen zeller

do-aplerbeck
CHIRURGIE

Praxis Dr. med. Hagen Zeller

Tel: 0231 - 44 14 47

E-Mail: info@zeller-chirurgie.de

Köln-Berliner Straße 58 44287 Dortmund

Schweigepflichtsentbindung

Ich _____, geb. am _____ entbinde folgenden Arzt/Praxis/Krankenhaus

Name: _____

Praxis: _____

Anschrift: _____

von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person:

Dr. Hagen Zeller

Geb. 06.06.1970

Praxis für Chirurgie

Köln-Berliner Straße 58

44287 Dortmund

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde, Diagnostik und Beratungen mitgeliefert werden.

Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift
