

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit entbinde ich/

Patient: Name, Vorname/ : ,

Geburtsdatum, Geburtsort/

Wohnhaft vollständige Adresse/ ,

Dem Serhiy Voinshyn, Rennweg 26, 90489 Nürnberg,

und alle Ärzte, Pflegepersonal , Klinik, Dolmetscher, Ambulante Pflegedienste für
zukünftige Organisation von Untersuchungen, Behandlungen, Operationen/

bei jeder Erteilung von Informationen mit meinen persönlichen Daten, von der ärztlichen
Schweigepflicht/ ,

Datum, Ort, Unterschrift _____
, ,