

**ENTBINDUNG VON DER  
ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

Hiermit entbinde ich

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bezirksverband Ober- u. Mittelfranken  
Vohlberstrasse 24  
90491 Nürnberg**

**Telefon 0911 - 5868-121  
Fax 0911 - 5868-136  
email [info@brk-herzenswunsch.de](mailto:info@brk-herzenswunsch.de)**

**[www.brk-herzenswunsch.de](http://www.brk-herzenswunsch.de)**

die mich behandelnden Ärzte

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, der nachfolgenden Person Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenhausakte zu gewähren.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift BRK Bezirksverband Ober- u. Mittelfranken  
Vohlberstrasse 24  
90491 Nürnberg

Ort, Datum

Unterschrift