

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

- Hiermit entbinde ich den betreuenden Arbeitsmediziner vom Centrum für Arbeitsmedizin Bonn gegenüber meinem Arbeitgeber von der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Arbeitgebers: _____

- Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte gegenüber dem betreuenden Arbeitsmediziner des Centrum für Arbeitsmedizin Bonn von der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Arztes: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____