

**Entbindung von der Ärztlichen Schweigepflicht
für die Ombudsstelle der Kliniken Dachau und Markt Indersdorf**

Patient

Name und Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Station/Fachrichtung: _____

Betreff: _____

Beschwerdeführer/Bevollmächtigter (falls nicht Patient)

Name und Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

**Ich Herr/Frau _____ entbinde die betroffenen Ärzte, die ärztlich
tätigen Gehilfen und die mitwirkenden Personen von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß
§ 203 StGB Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 StGB.**

Dies gilt ausschließlich für die Unterlagen für das vorliegende Beschwerdeverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten