

**HERMANN  
BRASSERT  
APOTHEKE**

# Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich,

---

---

*(Name und Anschrift)*

**entbinde folgende Ärzte:**

---

---

*(Name und Anschrift)*

---

---

*(Name und Anschrift)*

---

---

*(Name und Anschrift)*

**insoweit von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber der HERMANN BRASSERT APOTHEKE, Brassertstraße 109, 45768 Marl, als dass ich mich damit einverstanden erkläre, dass folgende Unterlagen/Dokumente weitergereicht werden dürfen: Rezepte/Verordnungen, Überweisungen, Laborergebnisse/Arztberichte, Versichertenkarte/Befreiungskarte.**

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort

Datum

Unterschrift