

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Frau/Herr.....

wohnhaft:.....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

freiwillig

### **MESANTIS Berlin**

Prof. Dr. Axel Bumann

Georgenstraße 25

10117 Berlin

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche ausdrücklich die Herausgabe meiner Untersuchungsdaten an

Praxisname: .....

Praxisanschrift: .....

PLZ, Ort: .....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

.....  
ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte senden Sie diese Erklärung an

Fax: 030 - 200 744 289

Wir werden Ihr Anliegen umgehend bearbeiten, für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter 030 200 744 284 zur Verfügung.