

Hausarztpraxis
Dr. med. T. Wüst
Dr. med. univ. Ch. Ritter
Neutorstr. 90-92
26721 Emden

Schweigepflichtsentbindung

Betr.: _____

Datum: _____

Hiermit entbinde ich Sie von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber meinen Hausärztinnen
Dr. med. Tanja Wüst und Dr. med. univ. Christel Ritter,
Bitte senden Sie meine Befundunterlagen an die Gemeinschaftspraxis
Drs. C.Ritter/T.Wüst, Neutorstr. 90-92, 26721 Emden.

Vielen Dank im Voraus für die Bemühung.
