

Fax-Nr. 09973 502-287

Johannesbad Fachklinik
Eichertweg 37
93437 Furth im Wald

Datum: _____

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich,

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Zeitraum der stationären Behandlung von: _____

bis: _____

die Johannesbad Fachklinik Furth im Wald gegenüber folgenden Personen oder Institutionen von ihrer Schweigepflicht:

Anschrift: _____

Bitte senden Sie an oben genannte Stelle:

Entlassungsbericht

Aufenthaltsbestätigung

sonstiges: _____

Unterschrift