

Name, Vorname, Geb.-

Datum:

Anschrift:

Physiotherapiepraxis

Michael Wagner

Hasselkamp 16

23812 Wahlstedt

Widerruf der Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit widerrufe ich mit sofortiger Wirkung meine Ihnen erteilte
Entbindung von der Schweigepflicht vom (Datum):

gegenüber:

- der
Krankenversicherung
- dem Arzt
- dem Krankenhaus
-
-
-

Ort/ Datum

Unterschrift

