



Dr. med. Michael Schmiedle

Facharzt für Urologie, Androloge

medikamentöse Tumortherapie
onkologisch verantwortlicher Urologe
psychosomatische Grundversorgung

Siemensstraße 12
88239 Wangen im Allgäu
Tel. 07522-2433, Fax 07522-29633

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Pat. Name	Pat. Vorname	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Geb. Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Auskunfts berechtigte/r	Straße, Nr. / PLZ / Ort			Geb. Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit gestatte ich widerruflich Herrn Dr. med. M. Schmiedle sowie den Praxismitarbeiter/innen, Befunde wie beispielsweise zu Krankheitsverlauf, Therapiemodalitäten, Medikamenten und deren Einnahme an oben genannte Personen weiterzureichen und Auskünfte zu erteilen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift