

Entbindungserklärung

Der/die Unterzeichnete

Entbindet hiermit

Herr / Frau _____

vom Arztgeheimnis.

Her / Frau _____ ist berechtigt im Zusammenhang mit der
Angelegenheit betreffend _____ sämtliche sachdienli-
che Aussagen gegenüber dem Ombudsmann des Bündner Ärztevereins zu machen, sowie
diesem Berichte und Untersuchungsergebnisse zugänglich zu machen.

Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang auch der Ombudsmann des Bündner Ärztever-
eins vom Arztgeheimnis entbunden.

Ort / Datum

Unterschrift
