ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT UND HERAUSGABEGENEHMIGUNG

Hiermit entbinde ich:

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……

Anschrift: ……

den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V. von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber

Frau/Herrn/Institution……

……

und erkläre gleichzeitig die Genehmigung zur Herausgabe

des Gutachtens vom …… an die vorgenannte Person/Institution.

…….. ……

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten