

Praxis für Schmerztherapie Schoeneich, Paul-Ehrlich-Str. 1-3, 23562 Lübeck

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

die angeschriebene Institution:

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Praxis für Schmerztherapie von Herrn Lutz Schoeneich.

Bitten senden Sie folgende Unterlagen aus meiner Krankheitsgeschichte bei Ihnen an die Praxisgemeinschaft für Schmerztherapie:

- Arztbriefe
- Laborergebnisse
- Untersuchungsbefunde
- radiologische Befunde
- Sonstiges:

Herzlichen Dank und mit freundlichen Grüßen!

Lübeck,

---

Datum, Patientenunterschrift