



## Schweigepflichtentbindungserklärung

### Vollmacht zur Auskunft gegenüber dem Vertrauensarzt

Die/der Unterzeichnende

---

Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort

entbindet hiermit folgende behandelnde Ärzte

---

von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie bezüglich (Angabe des  
Behandlungsgrunds)

gegenüber

Dr.med. Mattias Tschannen, FA Allgemeine Innere Medizin u. Arbeitsmedizin,  
Zugerstrasse 1, 8915 Hausen am Albis, Tel. 079 878 69 81, E-Mail: m.tschannen@hin.ch

sämtliche in der Sache erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie Einsicht in die  
Krankengeschichte zu gewähren.

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

---