



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:
