

Entbindung von der Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass notwendige Informationen (Testergebnisse, ärztliche Befunde, etc.)

zwischen der VALEARA MVZ Offenburg GmbH

und

gegenseitig weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift