



Mukoviszidose e.V.
In den Dauen 6
53117 Bonn

Fax: 0228 98780-77

Bitte per Fax oder Post an den Mukoviszidose e.V. schicken!

Formular zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Da die Plätze der Klimamaßnahme auch nach medizinischer Notwendigkeit vergeben werden, bin ich, (Name einfügen) _____, damit einverstanden, dass der Mukoviszidose e.V. Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt nimmt.

Herrn/Frau Dr. (Name einfügen) _____ befreie ich hiermit ausdrücklich von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Unterschrift des Patienten
oder Erziehungsberechtigten