

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

**Antragssteller/in**

Name / Vorname

Strasse

PLZ       Ort        
Telefon

E-Mail

**Der / die Antragssteller/in entbindet**

Name / Vorname / Titel

Strasse

PLZ       Ort        
Telefon

E-Mail

**von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Mitgliedern der Ombudsstelle / Standeskommission des Aargauischen Ärzteverbandes, Im Grund 12, 5405 Baden-Dättwil.**

**Der / die Antragssteller/in bestätigt dies mit seiner / ihrer Unterschrift**

Ort

Datum

Unterschrift ……………………………………………………………….

Mit Unterzeichnung der vorliegenden Entbindungserklärung erklärt sich der/die Antragssteller/in mit dem Haftungsausschluss und der Datenschutzerklärung betreffend Verarbeitung und Weiterleitung der Personendaten (beides einsehbar auf der Website des Aargauischen Ärzteverbandes: <https://www.aargauer-aerzte.ch/index.php?cID=680>) einverstanden.