



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 / Ständekommission 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.