

Name, Vorname

geb.

Straße

PLZ

Ort

Hiermit entbinde ich die / den behandelnden Ärzte/ Arzt/ Therapeuten _____

des/ der _____
(z.B. Klinik, Praxis, PIA, Psychotherapeut)

von der ärztlichen Schweigepflicht und bin mit der Übersendung der dort vorliegenden Arztberichte
und Befundunterlagen an die Ärztin der RPK

Frau Vera Glomm
Leonberger Straße 220
70199 Stuttgart

einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift