**Kontaktdaten Ärzte für: …………………………………………….. Datum: ……………………**

Tragen Sie hier alle von Ihnen regelmäßig konsultierten Ärzte ein und unterschreiben Sie die Seite unten.

**Hausarzt** Name, Vorname: ………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………

**Internist** Name, Vorname: ………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………

**Urologe** Name, Vorname: ………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………

**Zahnarzt** Name, Vorname: ………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………

**Kinderarzt** Name, Vorname: ………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………

**Zusätzliche Fachärzte**

Fachrichtung: ……………………………………………………  
Name, Vorname: …………………………………………………………………………………  
Telefon: ………………………………………………………………………

Fachrichtung: ………………………………………………………………………  
Name, Vorname: …………………………………………………………………………………………  
Telefon: ………………………………………………………………………

Fachrichtung: ………………………………………………………………………  
Name, Vorname: ………………………………………………………………………………………  
Telefon: ………………………………………………………………………………………

Fachrichtung: ………………………………………………………………………  
Name, Vorname: ………………………………………………………………………………………  
Telefon: ……………………………………………………………………

Fachrichtung: ………………………………………………………………………  
Name, Vorname: ………………………………………………………………………………………….  
Telefon: ………………………………………………………………………………………

Für den Fall, dass ich mich nicht selbst äußern kann, entbinde ich obige Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem mich gerade behandelnden Arzt.

Ort, Datum Unterschrift