

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Anschrift: _____

freiwillig den

**Polizeiärztlichen Dienst der Polizei des Landes Brandenburg
Bernauer Straße 146, 16515 Oranienburg**

von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte an den

**Werbe- und Auswahldienst der Polizei des Landes Brandenburg
Bernauer Straße 146, 16515 Oranienburg**

erteilt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift