

**Stadtgesundheitsamt**

Ärztliche Dienstleistungen - Gutachten  
Berliner Str. 60, Südeingang  
63065 Offenbach  
Tel.: 069 8065-2411  
Fax: 069 8065-2129



Der Magistrat

Offenbach am Main, den \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindung

- gegenüber dem Auftraggeber -

---

**Name, Vorname, Geburtsdatum**

---

**PLZ, Ort, Straße**

Hiermit entbinde ich die Ärztinnen und Ärzten vom Stadtgesundheitsamt Offenbach, oder ihrer/ihrer Vertreter/Vertreterin im Gesundheitsamt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem/der

---

Datum, Unterschrift

**Wir bitten um Zusendung**

*Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass entstehende Kosten nicht vom Stadtgesundheitsamt übernommen werden können.*