

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht (m/w/d)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bitte um Prüfung folgenden Sachverhalts (stichwortartig):

im Zeitraum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Landestierärztekammer Hessen bei

Name des Tierarztes/der Tierärztin: _____

Praxisname: _____

Praxisadresse: _____

Unterlagen anfordert, die mit dem beanstandeten Sachverhalt in Zusammenhang stehen und diese im berufsrechtlichen Verfahren verwertet, soweit dies zur Klärung des Sachverhaltes erforderlich ist. Ich entbinde zugleich die/den Tierärztin/Tierarzt von einer möglichen gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Landestierärztekammer Hessen und gegenüber den mit der Bearbeitung meiner Eingabe beauftragten Personen/Gremien.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann zum Abbruch des Verfahrens führen.

Ort, Datum

Unterschrift