Rückantwort:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Bezirksstelle Oberpfalz  
Postfach 10 06 32  
93006 Regensburg

**Beschwerde vom**

1. Ich bin mit der Weitergabe meiner Beschwerde vom….. an …….einverstanden.
2. Gleichzeitig befreie ich ……….von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für eine sachgerechte Stellungnahme auf meine Beschwerde erforderlich ist.
3. Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum Name/Vorname Unterschrift

(in Druckbuchstaben)