

Steuerberaterversorgungswerk  
Schleswig-Holstein  
-K. d. ö. R.-  
Hopfenstraße 2 d

24114 Kiel

Mitgliedsnummer

						/	0	0	/	0	7	2	
--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--

## Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, u.a.

Herrn/Frau Dr. med.
---------------------

Herrn/Frau Dr. med.
---------------------

Herrn/Frau Dr. med.
---------------------

Herrn/Frau Dr. med.
---------------------

Herrn/Frau Dr. med.
---------------------

dem Versorgungswerk der Steuerberaterinnen und Steuerberater im Land Schleswig-Holstein gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift