

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich

Klinik/Praxis: _____

Behandelnder Arzt: _____

Anschrift: _____

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Person meines Vertrauens

Klinik/Praxis: _____

Behandelnder Arzt: _____

Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der genannten Person meines Vertrauens uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt.

Die Entbindung gilt ebenso für vorliegende Facharzt-, Kur- bzw. Krankenhausberichte, Rezepte und Überweisungsscheine, die mich betreffen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in, Eltern oder Vertretungsberechtigte