

Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt

Erklärung

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Straße, Postleitzahl und Ort

befreie hiermit Frau/ Herrn Dr. med.

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arzt, Ort

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arzt, Ort

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arzt, Ort

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arzt, Ort

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arzt, Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin/ dem Arzt zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift