

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Geben Sie bitte bei Bedarf das von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene Original an die behandelnden Ärzte weiter.



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht wurde erteilt am:

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

die mich behandelnden Ärzte des Hausärzteezentrums Kaufering von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie, sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen die erforderlichen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in meine Krankenakten zu gewähren.

① Name: \_\_\_\_\_

① Anschrift: \_\_\_\_\_

② Name: \_\_\_\_\_

② Anschrift: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.  
Der Widerruf muss in schriftlicher Form erfolgen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_