

■ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am: _____

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

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

Name: _____

Anschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____