

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name/Patient/Patientin [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit entbinde ich Frau /Herrn Dr. med. _____ von seiner Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson Frau /Herrn _____, geb. _____ wohnhaft _____

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

Sofern notwendig, bin ich auch damit einverstanden, dass vorliegende Facharzt-, Kur- bzw. Krankenhausberichte, die mich betreffen, an die *Person meines Vertrauens* ausgehändigt werden.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte Datum Unterschrift Arzt

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte Datum Unterschrift Arzt