

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 _____

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 _____

Name _____

Anschrift _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____