

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, oben genannter Patient

(Arztstempel)

gegenüber:

_____ geb. am _____

_____ geb. am _____

_____ geb. am _____

Diese Schweigepflichtentbindung gilt:

ohne Einschränkung

nur für

- Abholung von Rezepten oder Überweisungen. **Nichtzutreffendes bitte streichen!**
- Abholung von mich betreffenden Befunden(Labor, Röntgen, Arztbriefe aus dieser Praxis Arzt
- Briefe anderer Ärzte. Krankenhausberichte) **Nichtzutreffendes bitte streichen!**
- Vereinbarung und Absage von Terminen. **Nichtzutreffendes bitte streichen!**
- Auskunft über die Anwesenheit in der Praxis
- _____

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des /der gesetzlichen Vertreter/in
unter Beiliegung eines entsprechenden Nachweis