

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

**Geb.- Datum:** \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die o.g. Praxis zum Zweck der Datenübermittlung/Informationsweitergabe

- an alle mitbehandelnden und weiterbehandelnden Fachärzte und Krankenhäuser die notwendigen Auskünfte zur Behandlung weiterleitet.
- einen Bericht über die jeweilige Behandlung an meinen aktuellen Hausarzt/überweisenden Arzt weiterleitet.

Folgende Einrichtungen dürfen auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten, bzw. Rezepte, Überweisungen etc. abholen:

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift der Einrichtung

Folgende Angehörige dürfen auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten, bzw. Rezepte, Überweisungen etc. abholen:

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift

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

Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.