



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber einer Person meines Vertrauens

Hiermit entbinde ich _____

(Vorname Nachname Geburtsdatum)

(vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte der Kardiologie im Gundlach-Carré von ihrer Schweigepflicht. Die unten genannten Personen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten und Befunde und Unterlagen in der Praxis in Empfang nehmen.

Person 1: _____

(Vorname Nachname, Geburtsdatum)

(Adresse)

(Beziehung zum Patienten)

(Telefonnummer)

Person 2: _____

(Vorname Nachname, Geburtsdatum)

(Adresse)

(Telefonnummer)

(Beziehung zum Patienten)

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

(Ort, Datum, Unterschrift)

Bitte ankreuzen: Ich möchte eine Kopie dieser Erklärung. Ja ☐ Nein ☐