

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht entbunden.

Folgende Personen und Institutionen dürfen Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie über Diagnosen erhalten. Sie dürfen auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte nehmen. Zudem dürfen ärztliche Unterlagen wie z. B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die unten genannten Personen oder Institutionen übergeben oder versendet werden.

Angabe 1

(z. B. Partner/in, Kind, Eltern, Bekannte etc.)

Vor- Nachname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Angabe 2

Vor- Nachname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Angabe 3

Vor- Nachname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Angabe 4

Vor- Nachname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____