

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich _____ geb. am _____
(Vorname, Nachname)

den behandelnden Arzt _____

die mit meiner Behandlung betrauten Ärzte

für folgenden Behandlungsfall:

(Beschreibung der Behandlung oder Fallnummer)

von Ihrer gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit. Und gestatte Ihnen die Daten meiner Behandlung

bis zum _____ oder Widerruf durch mich

bis zum Widerruf durch mich

an folgende Person / Institution weiterzugeben:

den weiterbehandelnden Arzt _____

die Klinik _____

die Krankenkasse _____

die Versicherung _____

(andere Empfänger eintragen)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____