

Schweigepflichtentbindung

Ich: _____
(Name; Vorname; Geburtsdatum)

entbinde die Ärztinnen/Ärzte der Hausärzte Cölbe von Ihrer Schweigepflicht gegenüber:

| Name | Vorname | Geburtsdatum | Familienzugehörigkeit |
|------|---------|--------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt und für mich bestimmte Formulare an die oben genannten Personen ausgehändigt werden.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch gegenüber:

- mitbehandelnden Ärzten und Psychotherapeuten
- medizinischen Mitbehandelnden wie z.B. Physio- u. Ergotherapeuten sowie Pflegenden (Pflegedienste)
- Apotheken und Hilfsmittelzulieferer

-weitere:

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

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: