

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

das Team der Familienmedizin Dr. med. Iris Finsterer von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der unten aufgeführten Personen / Einrichtungen / Behörden / Versicherungen und bitte es, diesen die erforderlichen Informationen über meinen Gesundheitszustand mitzuteilen.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und Befunde,

an

1. _____
Name

Anschrift

2. _____
Name

Anschrift

herausgegeben und verwertet werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Dieser Widerruf muss in schriftlicher Form erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Patienten/Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters