

Schweigepflichtentbindung Patient/in

Hiermit entbinde ich, unten genannter Patient, meine oben genannte Hausarztpraxis gegenüber den Bevollmächtigten von der ärztlichen Schweigepflicht.

Dies beinhaltet:

- Auskünfte von Befunden
 - Übergabe von Formulare wie Rezepte, Überweisungen
 - Ausgabe von Arztberichte und Befunde
- bis zu meinem Widerruf. (bitte entsprechend ankreuzen)

Daten Patient:

Name/Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____
Ort Straße

Datum, Unterschrift Patient/in

Daten Bevollmächtigter:

Name/Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____
Ort Straße

Telefon: _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Datum, Unterschrift Bevollmächtigter

Daten Bevollmächtigter:

Name/Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____
Ort Straße

Telefon: _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Datum, Unterschrift Bevollmächtigter

Datenschutz:

Ich wurde darüber informiert, dass die Informationen im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung DSGVO in der Praxis zur Einsicht ausliegen.