

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich widerruflich mein Einverständnis, dass meine Befunde an andere Ärzte verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.

Üblicherweise erfolgt der Versand/die Anforderung der Sie betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ihren Hausarzt bzw. den zuweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung.

Sollte hiervon abgewichen werden müssen, so werden Sie vom Praxisteam im Vorwege darüber informiert.

Alternativ haben Sie hier Gelegenheit, einen anderen Empfänger für ihre Befunde zu bestimmen: _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden. Nutzen Sie dazu auch unsere Widerrufserklärung (an der Anmeldung erhältlich).

Datum

Unterschrift