

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name (Patient/-in)	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

Anschrift

Hiermit entbinde ich Frau/ Herrn Dr. med. _____ von seiner
Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson,

Frau/Herrn _____,
geb. _____ wohnhaft _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der genannten Person meines Vertrauens uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt.

Sofern notwendig, bin ich auch damit einverstanden, dass vorliegende Facharzt-, Kur- bzw. Krankenhausberichte, die mich betreffen, an die Person meines Vertrauens ausgehändigt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift Patient/-in/Eltern oder Vertretungsberechtigte Datum Unterschrift Arzt