



Einwilligungserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht. Die nachfolgenden Personen dürfen Auskünfte über meinen Zustand erhalten. Ebenfalls können Rezepte oder sonstige Verordnungen ausgehändigt werden.

Lebenspartner Sohn/Tochter rechtlichen Betreuer Weitere Personen:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

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

Karlstadt,

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter