



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

alle mich behandelnden Ärzte _____
Arzt / Ärzte der Praxis

von ihrer Schweigepflicht.

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

Ich erkläre mich damit einverstanden folgende Befunde/ Bilder an unten genannte Empfänger zu senden.

- MRT _____ vom _____
- CT _____ vom _____
- Röntgen _____ vom _____
- Mammographie _____ vom _____
- _____ vom _____

Empfänger: _____
Name, Vorname

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. gesetzl. Vormund