

Schweigepflichtsentbindung

(bitte ausdrucken, ausfüllen und per Fax an Kanzlei Wiener & Dänekas 0391/8113212)

Hier bitte die eigene Adresse eintragen:

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

Hier bitte die Adresse des Arztes eintragen (nicht zutreffendes streichen)

Hiermit entbinde ich meinen Arzt / meine Ärztin / alle Ärzte des Krankenhauses

Name :

Straße :

Ort :

von der Schweigepflicht, soweit es die Beantwortung von Fragen betrifft, die im Zusammenhang stehen mit dem im Folgenden beschriebenen Ereignis:

Hier bitte kurz das Ereignis beschreiben (z.B. „Unfall vom...“)

Die von der Schweigepflicht entbundenen Ärzte werden ausdrücklich ermächtigt, alle gesundheitlichen Daten, die für den Fall relevant sind, weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift