

Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Erklärung

Ich, _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____

PLZ, Ort, Straße

befreie hiermit Frau/Herrn Dr. med. _____

Name des behandelnden Arztes/der Ärztin

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen und Informationen der **Gemeinschaftspraxis Dres. med. Leutgeb/Modl/Pielsticker** zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Leutgeb/Modl/Pielsticker
Bismarckstraße 25
64668 Rimbach