

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

folgenden Arzt/ folgende Ärzte/ folgende Klinik:

\_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht **gegenüber der Hausarztpraxis Jurgilewitsch**

über meine Untersuchungen und Behandlungen, zum Zwecke der Mit- und

Weiterbehandlung. Mit der Bitte,

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Befund der Untersuchung vom _____ | <input type="checkbox"/> Operationsbericht   |
| <input type="checkbox"/> Entlassungsbrief                  | <input type="checkbox"/> Herzkatheter Befund |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                   |  |

zur Verfügung zu stellen.

Die Versand soll erfolgen per Fax an: **05681-988 777**

Telefon für die Rückfragen: 05681 – 988 70

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.