

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht/Einverständniserklärung

Hiermit entbinde ich:

---

Name, Vorname, Geb.-Datum

---

Adresse

---

Telefonnummer

die Praxis Hausärzte am Markt Sabine Cullmann, Am Markt 13, 66822 Lebach

Von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien und Auskünften an weiterbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser.

Ich bin damit einverstanden, dass z.B. Rezepte, Überweisungen usw. und (telefonische) Auskünfte bzgl. Meiner Daten an folgende Personen weitergegeben werden dürfen.

---

---

---

Ich kann diese Schweigepflichtsentbindung/Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

---

Datum, Unterschrift