

## ■ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Geben Sie bei Bedarf das von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene Original an die behandelnden Ärzte weiter.

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am** \_\_\_\_\_

### Hiermit entbinde ich

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**die mich behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

Unterschrift \_\_\_\_\_