

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB)

Hiermit entbinde ich,

Vorname

.....

Name

.....

Geburtsdatum

.....

Straße, Hausnr.

.....

Wohnort, PLZ

.....

folgenden Arzt von seiner Schweigepflicht:

Name

.....

Praxisadresse

.....

.....

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und deren Befund

an

Betrieb Hausarztpraxis

Name Dr. Stella Bodenburg

Straße, Hausnr Rathausplatz 5

Wohnort, PLZ 37120 Bovenden

herausgegeben werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/in
ggf. des gesetzlichen Vertreters